

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**SAÚDE E DIREITO DOS IDOSOS NUM CONTEXTO HOSPITAL
ESCOLA: UM ESTUDO A PARTIR DA UNIDADE DE SAÚDE DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO**

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL

DEFENDIDO E APROVADO

EM: 07/07/09


Rosana Maria Gato
Coord. de Estágio e TCC
Curso de Serviço Social/CSE/UFSC

MARIAMA LUÍS PINTO

**FLORIANÓPOLIS
2009**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**SAÚDE E DIREITO DOS IDOSOS NUM CONTEXTO HOSPITAL
ESCOLA: UM ESTUDO A PARTIR DA UNIDADE DE SAÚDE DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO**

Trabalho de conclusão do curso apresentado ao
Curso de Serviço Social da Universidade Federal
de Santa Catarina como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.
Orientadora: Professora Nadir da Silva
Alexandre.

**FLORIANÓPOLIS
2009**

MARIAMA LUÍS PINTO

**SAÚDE E DIREITO DOS IDOSOS NUM CONTEXTO HOSPITAL
ESCOLA: UM ESTUDO A PARTIR DA UNIDADE DE SAÚDE DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO**

A Comissão Examinadora é integrada pelos membros:

BANCA EXAMINADORA:

.....
Presidente: Naldin da Silva Alexandre
Professora Dra. Departamento de Serviço Social-UFSC

.....
Professora Ms. Elizabeth Callado de Oliveira Carreirão
1º Membro da Banca

.....
Assistente Social: Tayana Neves de Oliveira
2º Membro da Banca

Florianópolis, 07 de Julho de 2009.

DEDICO

A Deus e a Jesus Cristo pela vida, saúde, proteção e sabedoria.

Aos meus pais ROSA GOMES PEREIRA E JOAO LUÍS PINTO pela força e coragem de vencer na vida; ao meu tio CARLOS PINTO e minha tia LEOPOLDINA DA GOIA PINTO que me encorajaram a lutar pelo meu sonho de estudar, ao meu amor SULAMANE BANORA pelo seu amor, apoio e compreensão, apesar da distância. Ao grupo de jovens para Cristo, que me ajudaram economicamente para realizar o meu sonho. Ao meu tio JORGE PINTO, Domingos Gomes e ao meu anjinho Fabio que, mesmo em outra dimensão, acompanham-me (tenho certeza que estão assistindo e aplaudindo). À minha mãezinha querida CELIA, que me acolheu como filha verdadeira desde o dia que cheguei em Florianópolis.

AGRADECIMENTO

À minha orientadora, **Naldir da Silva Alexandre**, por aceitar o meu convite e o desafio de ser a minha orientadora. Pelo seu talento de ensinar, seu conhecimento e sua dedicação, por dispor de seu tempo para orientar-me, persistindo, incentivando-me quando precisei. Enfim, as palavras são poucas para traduzir tudo o que ela representa para mim e para a concretização deste trabalho.

À minha supervisora do campo, **MARIA APARECIDA FERREIRA FAGUNDES**, por me acolher como estagiária, dando todo amor, carinho e compreensão, ensinando-me e orientando-me a cada instante: muito obrigada. Agradeço à equipe de Serviço Social do Hospital Universitário, à Tayane e Mariana, Dina e Gilson na Enfermagem e aos demais funcionários e pacientes pela amizade e sincero acolhimento durante a minha trajetória de estágio nesta instituição: nunca vou esquecer desta experiência maravilhosa. Aos meus amigos e conterrâneos de Guiné-Bissau pela amizade sincera, por estarem comigo nos momentos tristes e alegres da minha vida. Em especial, à Edilene, Henriqueta, Artemisa, Joel, Mamadú Djalo, Helena, Genésio, Gillian, Leocádia, Suraia, Mariatu, Micaéla, Djaray, Brígida, Fátima, Beci, Iv'na, Maica e aos demais amigos e amigas que acompanharam a minha trajetória de estudo.

Ao Departamento de Serviço Social, todos e todas as professoras que me acolheram, dos quais destaco a Professora Elizabete Carreirão por ter aceito o meu convite de ser examinadora da banca, Eliete, Naldir, Beatriz Paiva, Simone Sobral, Rita de Cássia, Cláudia Mazet, Edaléia Ribeiro e Rosana Gaio.

Aos amigos (a) de turma, não posso deixar de citar as pessoas com as quais sempre compartilhei muitas alegrias, algumas conquistas e, como não poderia ser diferente, algum sofrimento: Bárbara Carnevali, Andréia, Noeli, Jony, Pricila Gabriela, Caroline, Joquebede, Madoka, Luciana, Emanuelle - bolsista de HU, Daiane -estagiária do HU, e Franciele - bolsista do HU - meu muito obrigada por tudo.

Agradeço também à Assistente Social Maria Cecília (NET) por aceitar ser a minha côorientadora com o maior carinho.

O meu muito obrigada vai também para a congregação da Igreja Batista no Pantanal pelo acolhimento, em especial ao pastor Renato Marques, Isabela e Emerson, Pastor Jucan e a sua família.

A toda minha família, pela força, incentivo e compreensão pelo meu afastamento durante 4 anos de percurso. Em especial, aos meus irmãos Luís, Newton, Carlos, Jorge, João Luís, Georgina, Nerida, Lamine, tia Julieta Pinto à minha prima Carla, juvania, Calu, Amália, à minha amiga Cadjatu Balde, Solange, Raquel e Adélia.

Ao governo Brasileiro pela oportunidade de estudar numa das melhores Universidades. Muito obrigada mesmo, valeu pela oportunidade e obrigada pela experiência de vida.

*“Pois quando a sabedoria entrar no teu coração, e o conhecimento
for agradável à tua alma,
O bom siso te guardará e a inteligência te conservará”.*

Salomão

RESUMO

PINTO, Mariama Luís. **Saúde e Direito de Idoso Num Contexto Hospital Escola:** Uma análise no Hospital Universitário – HU. 2009. 82 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

O presente trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo analisar e estudar a compreensão dos Idosos Internados nas unidades das clínicas Médicas II e III do Hospital Polydoro Ernane de São Thiago em relação a seus direitos à Saúde, de que forma recebem orientações e saber se estes direitos são acessados ou não. Portanto, para realização do trabalho, utilizou-se a abordagem metodológica quantitativa, uma vez que esta busca entender a natureza do fenômeno social que se deseja pesquisar, proporcionando um conhecimento aprofundado de determinado evento e possibilitando a explicação de comportamentos. Essa abordagem é usada em pesquisas na área de saúde por entender que a saúde não é um campo separado das outras instâncias da realidade social.

Foram aplicados os questionários com os idosos internados nas Unidades das Clínicas Médicas II e III e, por fim, analisadas as respostas obtidas a partir do estudo já realizado com a população idosa, bem como a legislação que permeia atenção este segmento da população.

Palavras-chave: Saúde. Direito. Idoso.

ABSTRACT

PINTO, Mariama Luís. Health and the Rights of the Elderly in the Context of a Teaching Hospital: an analysis done in a University Hospital in Florianopolis – HU. 2009. 82 f. Conclusion of undergraduate studies in Social Service. Federal University of Santa Catarina, Florianopolis, 2009.

This paper is for the conclusion of undergraduate studies and has as its objective the analysis and study of the comprehension elderly people have of their right to health and the way in which they receive orientations during their hospitalization in the 2º and 3º medical clinic units of the Polydoro Ernane de Santiago Hospital. It also aims to uncover if these rights are being accessed or not. In order to accomplishment this task the quantitative research method was used, justified by the fact that this method understands the nature of the social phenomenon which is desired to be researched, providing a profound knowledge of certain events and making it possible to explain their behavior. This method is used in research in the health sector because it doesn't differentiate the field of health studies from the other instances of social reality. Questionnaires were applied and completed by the elderly people hospitalized in the 2º and 3º medical clinic units. Afterwards their responses were analyzed based on a previous study carried out with the elderly population, as well as the legislation that relates to this segment of the population.

Keywords: Health. Rights. Elderly.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Idade dos Entrevistados.....500
Tabela 02: Sexo dos entrevistados.....500
Tabela 03: Estado Civil.....511
Tabela 04: Número de Filhos.....522
Tabela 05: Religião522
Tabela 06: Profissão53
Tabela 07: Escolaridade.....544
Tabela 08: Gostaria de propor mudanças no atendimento?566
Tabela 09: O/a senhor (a) já esteve hospitalizado(a) outras vezes aqui no HU?566
Tabela 10: Como o Sr. (a) avalia o seu atendimento Hospitalar?577
Tabela 11: O/a senhor (a) conhece o Estatuto do Idoso?588
Tabela 12: Quando você adoece, onde busca auxílio?.....600
Tabela 13: Quando o/a senhor (a) procura o serviço de saúde, tem atendimento prioritário..... 601

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS:

AAHU - Associação de Amigos do Hospital Universitário
ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
HU - Hospital Universitário
CFESS - Conselho Federal de Serviço Social
LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social
LOS - Lei Orgânica de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina
TCC - Trabalho de Conclusão de Curso
HI - Hospital Infantil Joana de Gusmão
SAI - Sistema de Internação Ambulatorial
SIH - Sistema de Internação Hospitalar
HU's - Hospitais Universitários
CNS - Conselho Nacional de Saúde
ANAS - Associação Nacional de Assistentes Sociais
NIPEG - Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência Geronto-Geriátrica
CAT - Comunicado de Acidente de Trabalho
TFD - Tratamento Fora do Domicílio.
AIDS- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SDN - Serviço de Nutrição
AIH - Autorização de Internação Hospitalar
PNAS - Política Nacional de Assistência Social
BPC - Benefício de Prestação Continuada
CF - Constituição Federal
PNI - Política Nacional do Idoso
PNSI - Política Nacional de Saúde do Idoso
BIRD - Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
FMI - Fundo Monetário Internacional
OMS - Organização Mundial de Saúde
PCA - Pesquisa Convergente Assistencial.

PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

OPAS - Organização Pan-americana de saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 13

1 SAÚDE E DIREITO DO IDOSO NUM CONTEXTO HOSPITAL-ESCOLA..... 16

1.1. Resgate Histórico Institucional 16

1.2 A inserção do serviço social na instituição e o perfil do usuário da instituição. 19

1.3. Atividades desenvolvidas nas Unidades de saúde das Clínicas Médicas II e III
voltadas aos pacientes idosos e os seus acompanhantes. 24

1.4 Desenvolvimentos das atividades realizadas nas clínicas médicas II e III 28

2 POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS AO ENVELHECIMENTO NO BRASIL
..... 32

2.1 Direitos X Políticas Públicas 32

2.2. Processo de envelhecimento: Trabalho Interdisciplinar na área de Saúde do Idoso 38

3 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO 45

3.1 Instrumentos e coleta de dados 46

3.2 Sujeitos da pesquisa 48

3.3 Análise dos dados 48

3.4 Conhecendo o perfil e as dificuldades dos sujeitos da pesquisa 49

CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 64

REFERENCIAS 68

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA 74

SITES CONSULTADOS 79

ANEXOS 80

INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso, **“SAUDE E DIREITO DO IDOSO NUM CONTEXTO DO HOSPITAL-ESCOLA: UM REDIMENSIONAMENTO DO TRABALHO COM IDOSOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DAS CLÍNICAS MÉDICAS II E III NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE FLORIANÓPOLIS NA PERSPECTIVA DO SERVIÇO SOCIAL”** é resultado das experiências vivenciadas no decorrer do estágio curricular obrigatório I e II, do curso de Serviço Social, realizados no Hospital Universitário de Florianópolis, junto aos pacientes internados nas Clínicas Médicas II e III, o que permitiu vivenciar as especificidades da realidade dos usuários Idosos da referida instituição.

Durante esse período de estágio, observou-se a dinâmica do trabalho realizado com os usuários, em especial os Idosos internados nas Unidades das Clínicas Médicas II e III do Hospital Universitário - HU.

Para darmos continuidade nesse estudo, temos que fazer algumas considerações no contexto nacional, frente à temática do Idoso, visto que o interesse no significado do envelhecimento no começo do século vinte não derivou da mera curiosidade, mais sim das questões sobre os limites da utilidade e eficiência no trabalho que acompanhavam a industrialização e o movimento por proteção social para os idosos. (HAREVEM 1999).

O envelhecimento populacional é um fator universal e tem poder de transformar o futuro. Com isso, os idosos estão se apoderando dessa situação e buscando cada vez mais os seus direitos. Portanto, os idosos contemporâneos não buscam apenas os seus direitos, mais sim atuam e contribuem com a sociedade. Exemplo disso se evidencia nos cuidados com seus familiares e suas contribuições financeiras com a renda.

Sendo assim, a análise desenvolveu-se a partir de pesquisa bibliográfica e documental, e a pesquisa de campo. A pesquisa bibliográfica e documental caracteriza-se pela utilização de materiais já produzidos e publicados. A pesquisa de campo, por sua vez, consiste no levantamento de dados por meio da interação direta com os sujeitos da pesquisa. Foram utilizados materiais bibliográficos sobre processo de envelhecimento, Direito e Saúde dos Idosos e Serviço Social nos processos organizacionais, indicadores de situação, Constituição

Federal, bem como artigos e periódicos destinados à discussão desta temática. Destaca-se, também, a utilização da Política Nacional do Idoso, Estatuto do Idoso, além, é claro, de documentos institucionais pertinentes ao Trabalho Social com Idosos no Hospital Universitário de Florianópolis e de Trabalhos de Conclusão de Curso realizados na instituição.

Para auxiliar na coleta de dados, utilizou-se, também, questionário para quinze participantes. As entrevistas¹ foram realizadas com os pacientes Idosos internados nas Unidades de Saúde das Clínicas Médicas II e III.

Quanto às entrevistas¹, tiveram como foco principal a questão norteadora deste Trabalho de Conclusão de Curso, que é Saúde e direito dos Idosos num Contexto Hospital-Escola: compreender o redimensionamento do Trabalho com Idosos no Hospital Universitário Prof^o Polydoro Ernani de São Thiago - UFSC/HU, evidenciando a importância do trabalho com os Idosos e o papel do Serviço Social frente a estas temáticas no processo de trabalho.

Portanto, buscando melhor estruturar o desenvolvimento deste trabalho, este foi organizado em três seções. Na primeira seção se fez uma discussão acerca do Serviço Social no Hospital em estudo do princípio à atualidade; realizamos um resgate histórico institucional, pontuando o trabalho desenvolvido e as transformações ocorridas nesta instituição ao longo dos anos em decorrência das questões políticas, econômicas e sociais. Além disso, destacaremos a implantação do trabalho com os Idosos nas Unidades de Saúde das Clínicas Médicas II e III do Hospital Universitário de Florianópolis.

Na segunda seção foi feito um resgate histórico das políticas públicas relacionadas ao envelhecimento no Brasil, começando pela Constituição Federal da República de 1988, bem como as demais Leis e Políticas que a partir dela vem sendo implementadas para assegurar os direitos da população Idosa. Na sequência, uma discussão acerca do trabalho interdisciplinar no atendimento ao Idoso.

1A entrevista é caracterizada por Sarmiento (2005, p. 33) como “[...] um dos mais importantes instrumentos [...] pois é através dela que se estuda o cliente e seus problemas e ainda, se aplica o tratamento social”. Sendo este um instrumento amplamente utilizado na prática profissional da Assistente Social do HU/UFSC/Florianópolis para a coleta de dados necessários à realização de avaliações e acolhimentos aos pacientes e os seus acompanhantes.

Já na terceira seção se apresentam os procedimentos metodológicos da pesquisa realizada com 15 (quinze) Idosos Internados no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU), especificamente nas unidades das Clínicas Médicas II e III, os resultados e análise da mesma, dando ênfase à atuação do Serviço Social junto à equipe interdisciplinar na garantia e efetivação dos direitos desta camada da população.

Por fim, tecemos as considerações finais deste trabalho e possíveis apontamentos para o redimensionamento com o cuidado aos idosos nas Clínicas Médicas II e III do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU).

SEÇÃO I

1 SAÚDE E DIREITO DO IDOSO NUM CONTEXTO HOSPITAL-ESCOLA

O objetivo desta seção é fazer um resgate histórico institucional do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU), desde sua criação até o contexto atual, evidenciando sua missão e objetivos. Aborda-se, ainda, a implantação desta instituição no Estado de Santa Catarina e a estrutura organizacional desta entidade na Unidade de Florianópolis.

1.1. Resgate Histórico Institucional

De acordo com a página oficial do HU (2008), podemos destacar que as obras de construção do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU) iniciaram-se no ano de 1964, mas este só foi concretizado e inaugurado em 02 de Maio de 1980, durante o regime militar no governo de João Batista Figueiredo, fruto de uma intensa luta reivindicatória de alunos, professores e comunidade junto às autoridades federais para a obtenção de recursos que permitissem sua inauguração.

O HU foi construído com o objetivo de melhorar a qualidade de ensino, pesquisa e extensão de cursos vinculados à Universidade, suprimindo as demandas de estágios na área da saúde, que até então eram desenvolvidas no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HI), na Maternidade Carmela Dutra, no Hospital Celso Ramos e no Hospital de Caridade, os quais mantinham convênio com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), mas não possuíam equipamentos suficientes para atender às necessidades do ensino na área de saúde. Desta forma, o Hospital Universitário se caracteriza por ser um hospital público federal, vinculado à UFSC, sendo diretamente subordinado à reitoria da mesma. Assim sendo, podemos afirmar que o HU tem por finalidade promover a assistência ao ensino, pesquisa e extensão na área da saúde, ou seja, prestar assistência às comunidades em todos os níveis de complexidade de forma universalizada e igualitária (HOSPITAL, 2008).

No mês de Outubro do ano de 1995, foram implantados os setores de Tocoginecologia e o Centro Obstétrico, juntamente com as Unidades de Neonatologia. Apenas um ano depois, em 1996, foi implantada a Maternidade, que funciona ininterruptamente no atendimento aos adultos e às crianças em áreas separadas, onde contam com uma equipe técnica que atualmente busca trabalhar com base nos princípios da política da humanização.

Atualmente, para o atendimento da população em geral, o HU possui uma infraestrutura composta por ambulatório, banco de sangue, clínicas de internação médica, cirúrgica, de emergência e serviços complementares. São disponibilizados 246 leitos distribuídos em sete unidades:

- a) Clínicas Cirúrgicas I e II;
- b) Clínicas Médicas I, II, III;
- c) Maternidade;
- d) Ginecologia;
- e) Unidade de Terapia Intensiva (UTI);
- f) Emergência (adulto e infantil); e Pediatria.

Esses serviços contam hoje com equipe de Médicos nas áreas de cardiologia, pneumologia, ginecologia, neurologia, gastroenterologia, cirurgia geral, urologia, proctologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, anestesiologia, hematologia, dermatologia e outros. Constam no anexo 1 a missão e as metas do HU.

Do mesmo modo, está explícita a declaração e os valores do HU, dentre os quais destacamos a ética, a qualidade, a humanização, a valorização, a qualificação profissional, o compromisso social, construção e socialização dos conhecimentos públicos e gratuitos, a competência profissional, respeito aos princípios do SUS (integralidade, universalidade, equidade e resolutividade), articulação de ensino, pesquisa e extensão, assistência e a inovação (HOSPITAL, 2008).

Cabe destacar que o HU também é reconhecido como modelo de referência estadual em patologias complexas, clínicas e cirúrgicas nas diversas especialidades, oferecendo os serviços de baixa, média e de alta complexidade. Por isso, seu caráter referencial está inserido no Sistema Único de Saúde (SUS) e segue os princípios que regem a Lei n. 8080/90, Lei Orgânica da Saúde (LOS), atende às demandas espontâneas de adultos e crianças das diversas cidades do estado de Santa Catarina sem restrição referente às classes sociais, baseado nos princípios do SUS: integralidade, universalidade e equidade.

Segundo a lei nº 8080, de 1990, que regulamenta as ações e serviços de saúde e estabelece, no art. 45, que:

Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições à que estejam vinculados (BRASIL, 1990, p. 42).

Portanto, no que diz respeito ao custeio do tratamento prestado aos usuários, o HU emite fatura de custos ao Sistema de Internação Ambulatorial (SIA/SUS), quando os usuários são atendidos na esfera ambulatorial ou na emergência até um período de 24hs. Quando excede esse horário o usuário é encaminhado para as Unidades de Internação e a fatura é emitida para o Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS). Estas são duas fontes de receitas através do SUS. Outras fontes estão vinculadas a doações, campanhas e convênios com entidades de fomento à pesquisa.

Por isso, a abrangência no atendimento do HU se efetiva a partir de um contrato estabelecido com a Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina (SES/SC) e o HU/UFSC, no qual foram estabelecidos metas e indicadores de resultados a serem cumpridos pela unidade de saúde, além dos recursos financeiros. Porém, a contratualização constitui-se como uma das fontes de recursos para a manutenção do Hospital (HOSPITAL, 2008).

Nessa lógica, o processo de contratualização dos serviços de saúde pelo SUS, representa para o HU uma estratégia de enfrentamento da crise que vem assolando os HU's no Brasil, pois o Contrato de Metas estabelecido entre o HU e a SES/SC tem por objetivo regulamentar a relação entre as instituições e padronizar metas gerais e específicas a serem cumpridas.

Dentro desta conjuntura, o Plano Operativo Anual, constante no anexo ao Contrato de Metas, contém as características gerais dos serviços e atividades pactuadas entre o HU e a SES/SC, assim como a explicitação das diretrizes e metas físicas e de qualidade estabelecidas para as áreas pactuadas, como: Atenção à Saúde; Atividades de Ensino e Pesquisa; Atenção Hospitalar; Atenção Ambulatorial; Atenção à Urgência e Emergência.

A seguir, daremos continuidade da inserção do Serviço Social na Instituição e o Perfil dos Usuários.

1.2 A inserção do serviço social na instituição e o perfil do usuário da instituição.

O tempo de inserção do profissional do Serviço Social na área da saúde já soma mais de meio século. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a Saúde é colocada no mesmo patamar da Assistência e da Previdência e como consequência os espaços de atuação se ampliaram para os profissionais de Serviço Social, significando um avanço para a profissão.

Em 1997, o Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução CNS nº 218 de 06/03/1997, reconheceu o Assistente Social como profissional da saúde, por atuar na prestação de serviços que envolvam a proteção e/ou recuperação da saúde.

O Serviço Social está presente no HU desde 02 de maio de 1980, um mês após a sua inauguração, fazendo parte da equipe de trabalho, a qual visa à qualidade da saúde dos usuários e familiares. Assim sendo o Serviço Social no HU atua junto à equipe multidisciplinar que conta com a participação de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas e psicólogos para o restabelecimento da saúde dos usuários que procuram essa instituição.

A formação do profissional de Serviço Social não é específica na área da saúde, mas possibilita aos profissionais atuarem com competência nas diferentes expressões da questão social e, como tal, com habilidades de elaborar, programar, coordenar e executar as políticas sociais, inclusive as de saúde. Desde 06 de junho de 1990, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), a Associação Brasileira e Ensino de Serviço Social (ABESS) e a Associação Nacional de Assistentes Sociais (ANAS) elaboraram um parecer referente à atuação do Assistente Social na área de Saúde, que afirma:

O Serviço Social se insere na equipe de saúde como profissional que articula o recorte social. Tanto no sentido das formas de adoecer intervindo em todos os níveis dos programas de saúde. O Assistente Social como profissional de saúde tem competência para atuar junto aos fenômenos socioculturais e econômicos que reduz a eficácia da prestação dos serviços no setor, quer seja ao nível de promoção, prestação e/ ou recuperação de saúde. O Assistente Social é, pois, um profissional de saúde que vem colaborar a posição que emerge da categoria - fruto de avanços obtidos na trajetória histórica da profissão, buscando a garantia da qualidade da prestação de serviços de saúde, numa perspectiva de universalidade de integralidade à população brasileira (CRESS, 2005, p. 09-10).

O Serviço Social do HU entende que a saúde é resultado do conjunto de condições em que vivem as pessoas, implicando em moradia, alimentação, transporte, lazer, etc, e que a assistência à saúde é um processo de construção da cidadania. Assim sendo, a atuação do Serviço Social é distribuída por programas de internação, programas de patologias específicas e programas de ações especiais (Caderno de Texto n. 7 do Conselho Regional de Serviço Social).

Percebe-se que a atuação do Assistente Social no HU é tão necessária quanto a dos demais profissionais que atuam nesta instituição, pois as condições sociais têm forte influência na saúde dos usuários. Para o Serviço Social, a saúde é compreendida como:

Resultado do conjunto de condições em que vivem as pessoas, ou seja: moradia, alimentação, transporte, lazer, etc; sendo assim não se constitui numa condição individual, mas resultado de um processo coletivo. Constata-se que, em nossa realidade, cada vez menos as pessoas têm acesso a estas condições básicas de sobrevivência, o que implica no aumento da demanda em hospitais e postos de saúde (CRESS, 2005, p. 02).

Dentro dessa perspectiva, o Serviço Social do HU integra o corpo de profissionais com uma equipe formada por nove (09) Assistentes Sociais e oito estagiários, trabalhando na perspectiva de sistematizar as ações técnicas do cotidiano profissional e delinear práticas específicas nos diversos programas e estratégias de atuação. Dentre eles, podemos destacar os programas de internação que abrangem as clínicas Cirúrgicas I e II, Clínicas Médicas I, II e III, Ginecologia, Maternidade, Pediatria e Unidades de Terapia Intensiva, nos programas de patologias específicas, que têm como objetivo articular grupos de apoio para o usuário desenvolver maior autonomia em relação às mudanças biológicas e sociais referentes à doença e promover eventos interdisciplinares e educativos. Fazem parte deste programa os projetos para usuários diabéticos, usuários com Insuficiência Renal Crônica, familiares e usuários portadores da Doença de Alzheimer, familiares e usuários portadores da Doença de Parkinson e familiares e usuários portadores de Obesidade Mórbida (MORAES; et al., 2007).

O Serviço Social também atua no programa de ações especiais, que abrange: a Emergência, em que trabalha na perspectiva da Política Nacional de Humanização; o atendimento se organiza pela proposta do Acolhimento, objetivando implantar a Classificação de Risco. O foco da intervenção é desenvolver estratégias de referência e contrarreferência com a rede municipal de proteção social. Existe o plantão de Serviço Social, que tem como objetivo atender os usuários junto ao Ambulatório, em que são desenvolvidas ações de cunho sócio- emergência e sócio- educativo, sendo atendidos usuários e pessoas procedentes das comunidades circunvizinhas ao HU.

O Serviço Social atua também junto ao Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência Geronto-Geriátrica (NIPEG) tendo como objetivos: prestar atendimento biopsicossocial em nível ambulatorial, com vistas à manutenção da autonomia e melhoria da qualidade de vida; envidar esforços para a adoção de medidas inovadoras ou de adaptação para segurança, conforto e facilidade no tratamento e cuidado de pacientes idosos; planejar e desenvolver programas de educação continuada; propiciar um campo de estágio para ensino do enfoque interdisciplinar junto à Associação de Amigos do Hospital Universitário (AAHU), onde presta assessoria e treinamento ao grupo de voluntários vinculados à Associação que atua no HU (MORAES; et al., 2007).

Nesta direção, o Planejamento do Serviço Social do HU, referente aos anos de 2007 – 2008, tem como visão ser referência em Serviço Social entre os Hospitais Universitários brasileiros e como missão:

Desenvolver ações profissionais em Serviço Social, promovendo o protagonismo individual e coletivo no exercício, defesa e ampliação da cidadania. Atuar sob os valores do projeto ético-político do Assistente Social, realizando ações profissionais de assistência, ensino e pesquisa em saúde com qualidade. Contribuir para o processo de construção de um espaço interdisciplinar para formação crítica sólida e com competência (PLANEJAMENTO, 2006).

No entanto para a realização das ações profissionais, o Serviço Social tem como base legal para a sua intervenção leis específicas da profissão e o conhecimento de um conjunto de leis que respaldam a defesa do acesso a serviços e direitos dos usuários. Dentre as leis que fazem parte do cotidiano profissional, destacam-se: O Código de Ética Profissional – Resolução CFESS 273/1993; Lei de Regulamentação da Profissão – Lei 8.662/1993; Leis Orgânicas da Saúde – Lei 8.080/1990 e 8.142/1990; Lei Orgânica da Assistência Social – Lei 8.742/1993; Lei de Regulamentação do Planejamento Familiar – Lei 9.263/1996; Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei 8.069/1990; Estatuto do Idoso - Lei 10.741/2003; Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – Lei 7.853/1989; o Decreto 3.298/1999; Política Nacional de Assistência Social – Resolução CNAS 145/2004; Política Nacional de Humanização, Regime Geral da Previdência Social - Lei 8.213/1991 e atualizações; e finalmente a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Desta forma, o Serviço Social entende que, com a internação, tanto o paciente quanto seus familiares sofrem modificações no cotidiano, podendo ocorrer alterações na questão emocional devido à mudança nos papéis e funções de cada um, adaptação à realidade hospitalar, expectativas em relação ao diagnóstico, etc.. Para a prestação de auxílio aos pacientes e seus familiares, o

Serviço Social presta assistência nas seguintes clínicas: Clínicas Cirúrgicas I e II, Clínicas Médicas I, II e III, Pediatria, Ginecologia, Maternidade e Emergência UTI - Unidade de Terapia Intensiva.

Vale salientar que todas estas clínicas cada uma tem as suas peculiaridades, mais realizam as mesmas ações.

Por isso os profissionais estas unidades procura conhecer a realidade sócio-econômica e cultural dos usuários através de entrevistas, tentando fazer com que reflitam sobre sua situação, buscando alternativas para possíveis mudanças. Também são realizados encaminhamentos e orientações quanto às questões civis, trabalhistas e previdenciárias. Quanto aos auxílios concretos, os mais solicitados são: transportes, medicamentos, alojamento, alimentação, providências de alta hospitalar (contatos com a Prefeitura do Município de origem). .

Atuam também no sentido de incentivá-los a participar no tratamento, no resgate da relação saúde-doença e das condições de vida, na reivindicação de uma política de assistência por parte do Poder Público e outros.

A intervenção do Serviço Social se dá junto aos familiares dos usuários na viabilização dos documentos legais que devem acompanhar o paciente no ato da internação, como: auxílio doença, Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), Tratamento Fora do Domicílio (TFD), etc.. Também são desenvolvidas reflexões com a família a respeito da doença para a busca de alternativas no enfrentamento da situação.

Há também no HU o programa de atuação do Serviço Social em patologias específicas, onde o profissional de Serviço Social intervém junto aos portadores de doenças crônicas, numa perspectiva interdisciplinar e educativa e também em projetos com programas de ações específicas que são: Projeto de Atuação junto aos pacientes diabéticos (internação e ambulatório), Projeto de atuação junto a pacientes com Insuficiência Renal Crônica, Projeto de atuação do Serviço Social no Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência Geronto-Geriátrica (NIEPEG), Projetos de atuação junto ao Planejamento Familiar, Projeto de Plantão do Serviço Social junto ao Ambulatório, Projeto do Serviço Social junto ao Grupo de Voluntários, Projeto de Atuação do Serviço Social junto ao Serviço de Hemoterapia e Projeto de Atuação do Serviço Social junto ao Núcleo Desenvolver. Importante destacar a maioria estes projetos agora não estão em execução devido a falta de profissionais.

Assim, o Serviço Social busca conhecer a realidade sócio-econômica-cultural das famílias internadas por meio de entrevistas, reuniões, visitas, contatos, dentre outros. O trabalho é desenvolvido com perspectiva educativa, assistencial e de apoio emocional, busca analisar se a situação de saúde do usuário está relacionada com as condições de vida. Com base nos instrumentos teórico-metodológicos e técnico-operativos, consegue identificar aspectos a serem trabalhados.

Para Nogueira e Miotto (apud MORAES; et al., 2007) as ações do Assistente Social estão alicerçadas nestes três eixos, que devem direcionar a atuação profissional e são caracterizados pelos seguintes aspectos:

Ações sócio-educativas: “consistem em um movimento de reflexão entre profissionais e usuários que através da informação e do diálogo, buscam alternativas e resolutividade para a demanda do usuário” (NOGUEIRA; MIOTO, 2006, p. 13).

Ações sócio-emergenciais: procuram “atender às demandas relacionadas às necessidades básicas e de urgência dos usuários e de suas famílias” (NOGUEIRA; MIOTO, 2006, p. 13).

Ações sócio-terapêuticas: têm por finalidade “o apoio diante de situações de sofrimento individual e/ou grupal dos usuários e ou familiares, particularmente em momento críticos como morte, recebimento de diagnósticos, acidentes” (NOGUEIRA; MIOTO, 2006, p. 13).

Ações Periciais: têm por objetivo “elaborar parecer social ou pareceres técnicos com a finalidade de subsidiar a decisão de determinados órgãos ou profissionais para concessão de equipamentos, benefícios, prestação de serviços e também processos de referência e contra-referência” (NOGUEIRA; MIOTO, 2006, p. 13).

Isto posto, faz-se necessário destacar também o perfil dos usuários da Instituição, pois, para identificar a situação socio-econômica dos usuários do HU/UFSC e comparar os dados com a população internada no hospital, foram utilizados diferentes métodos de estudo, onde foram avaliados idade, sexo, estado civil, procedência, posição em relação ao chefe da família, grau de instrução, fonte de atendimento médico, plano de saúde e renda mensal familiar per capita dos pacientes. Utilizou-se também o modelo de estratificação de classe social proposto por Lombardi et al., onde o critério de classificação é a relação com os meios de produção. Resultados: a soma dos pacientes analfabetos, dos que sabiam ler e escrever, e dos que tinham 1º grau completo ou incompleto totalizou 78.9%. Apenas 1.5% apresentavam

curso superior completo ou incompleto. Em relação à doença atual, 71.6% procuraram diretamente o HU. O ambulatório hospitalar foi a principal fonte de atendimento médico 55.9% e 92.7% utilizavam somente o SUS.

Portanto, os sujeitos atendidos neste hospital apresentam um perfil misto, uma vez que a instituição atende a toda demanda espontânea na área da saúde, de população procedente das mais variadas regiões do estado de Santa Catarina (incluindo atendimento de usuários de outros estados e de outros países). Embora não haja um aspecto único de usuários, de forma geral as pessoas atendidas pelo HU/UFSC, nas suas mais diversas clínicas e programas, tendem a ser aquele cidadão que procura a Instituição com vistas à promoção, recuperação ou regularização de sua saúde numa compreensão mais plural e universalizadora.

Entre esses aspectos, consta o envelhecimento populacional, que é configurado pela necessidade de novas ações sociais capazes de absorver a demanda dos idosos, de forma que essa etapa do ciclo da vida não represente um tempo de empobrecimento material e vazio social (SALGADO, 2007).

Assim, diante do exposto, percebe-se a necessidade da criação de grupos de participação diferenciados para os idosos, para que este segmento populacional seja estimulado a “viver mais e melhor” e possa entender que o hospital não é somente um espaço de dores e sofrimentos, mas sim um espaço que pode proporcionar aos usuários momentos de lazer, tornando-se membros participativos da dinâmica social

No terceiro item vamos abordar sobre atividades desenvolvidas nas Unidades das Clínicas Médicas II e III voltadas aos usuários Idosos e seus acompanhantes.

1.3. Atividades desenvolvidas nas Unidades de saúde das Clínicas Médicas II e III voltadas aos pacientes idosos e os seus acompanhantes.

Dentre as atividades executadas nas Unidades de Saúde das Clínicas Médicas II e III junto aos pacientes Idosos e seus acompanhantes, destaca-se o grupo de acolhimento no qual a intitulada deste trabalho teve a maior participação, por isso esta pesquisa será centralizada a este público.

O grupo de acolhimento aos pacientes e seus acompanhantes, desenvolvido nas Unidades de Clínicas Médicas II e III do HU/UFSC, existe desde maio de 2006. Este grupo foi criado com intuito de acolher os pacientes e seus acompanhantes no ambiente hospitalar, através da mobilização, a fim de convidá-los a participar das reuniões com a equipe interdisciplinar, orientar sobre o funcionamento de cada setor, sobre os seus direitos e como acessá-los, ao mesmo tempo em que os participantes também podem fazer críticas, dar sugestões ou elogios. Este grupo é coordenado pela Assistente Social das Clínicas Médicas das mesmas unidades e conta com uma equipe interdisciplinar composta por profissionais, estagiários e bolsistas de Enfermagem, Nutrição, Psicologia e Serviço Social.

Segundo a Política Nacional de Humanização, o acolhimento é uma estratégia de mudança do processo de trabalho em saúde, visando o atendimento com qualidade, a valorização dos sujeitos envolvidos (usuário/trabalhador) enquanto participantes ativos na produção de saúde e através da qualificação da escuta às demandas.

Portanto, colocar em ação o acolhimento, como diretriz operacional, requer uma atitude de mudança no fazer em saúde, pois esse processo implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização. O acolhimento requer ainda que o trabalhador utilize seu saber para a construção de respostas imediatas às necessidades dos usuários, ou seja, através do acolhimento o profissional assume a postura de acolher, escutar e dar respostas aos usuários.

No entanto, o Serviço Social no grupo de acolhimento, através da ação profissional, tem como finalidade democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional e na comunidade, conforme o Código de Ética do profissional de Serviço Social, no art. 5º: “c) democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos usuários, tendo como objetivo geral informar, esclarecer os pacientes e os acompanhantes sobre os seus direitos e deveres” (BRASIL, 1993, p. 42).

Tem como objetivos específicos: Divulgar as propostas do Grupo de acolhimento, fortalecer a participação coletiva e individual dos usuários, acompanhantes e os demais profissionais das Clínicas Médicas II e III. Mostrar a importância deste grupo para os usuários e os seus familiares, identificando como este acolhimento e escuta qualificada podem proporcionar possíveis respostas para as suas necessidades e demandas, que por fim resulta no fortalecimento do trabalho deste grupo. Portanto, conta como público alvo: Pacientes internados na Unidade das Clínicas Médicas II e III do HU/UFSC e seus acompanhantes.

Durante estes encontros, cada profissional fala sobre a sua área de atuação e os horários de atendimento aos usuários. Portanto, dentro dessa perspectiva, segue a linha de atuação de cada equipe:

Assistente Social: expõe sobre Direitos dos Pacientes e Acompanhantes baseado na cartilha dos direitos dos usuários (A Lei nº 13324, de 20 de Janeiro de 2005), Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003) e no Humaniza SUS, Benefícios previdenciários, tratamento fora de domicílio (TFD) e demais esclarecimentos sobre aquisição de medicamentos excepcionais, transporte e demais informações que se fizerem necessárias, de acordo com as demandas apresentadas por cada grupo. O Assistente Social faz ainda explanação sobre os deveres dos acompanhantes dos usuários internados e os critérios estabelecidos pela instituição para que a sua permanência possa acontecer de forma tranquila e harmoniosa, destacando o reconhecimento, tanto pelo Serviço Social como da instituição em si, da importância do acompanhante para a recuperação do usuário.

Serviço de Nutrição: é responsável pela alimentação dos pacientes internados. O SDN possui uma equipe de Nutricionistas que faz o acompanhamento alimentar e nutricional das pessoas atendidas no Hospital Universitário; a mesma equipe precisa ter controle do que o paciente consome, para assim evitar possíveis infecções e intoxicações alimentares.

Serviço de Psicologia: É responsável pelo atendimento individual ao paciente e à sua família/acompanhante, auxilia nas relações entre os pacientes, famílias/acompanhantes e equipe, fazendo assim encaminhamento pós-alta. Dentre os serviços prestados aos usuários e seus familiares, estão: preparação para receber diagnóstico e/ou apoio quanto à dificuldade de aceitação do mesmo; ansiedades e sintomas depressivos relacionados à doença, exames e/ou hospitalização; estímulo à autoajuda quanto à dificuldade de aceitação de procedimentos inerentes ao tratamento.

Serviço de Enfermagem: É responsável pela equipe de Enfermagem e pela unidade de internação. Por isso, toda a unidade tem um enfermeiro 24 horas. É este profissional que pode esclarecer dúvidas e fornecer orientações. Também, cada unidade possui um Enfermeiro chefe nas Clínicas Médicas. Sendo assim, as trocas de plantão acontecem para troca de turnos de trabalho. Este momento é importante, pois as informações e cuidados de cada paciente são repassados de uma para outra equipe.

Nesta perspectiva, o Profissional de Serviço Social tem sido progressivamente chamado para atuar num prisma multidisciplinar, uma vez que nos espaços institucionais

trabalha com profissionais de outras áreas. Porém, mais do que um ambiente multidisciplinar, o profissional deve atuar numa perspectiva interdisciplinar

Como segunda atividade realizada nas clínicas podemos apontar o Grupo de Lazer, devido à sua relevância no percurso dos usuários Idosos e seus acompanhantes.

Grupo de Lazer: iniciado em 3 de janeiro de 2006, é um trabalho desenvolvido nas unidades das Clínicas Médicas II e III com os usuários e acompanhantes, liderado por um Assistente Social juntamente com uma Psicóloga, arte-educadora, enfermeira e grupo de voluntários de Associação de Amigos de HU (AAHU).

O grupo tem como objetivo proporcionar aos usuários e aos seus acompanhantes um momento de lazer através de oficinas de trabalho artesanal, teatro, jogos e outras atividades lúdicas. Através destas atividades, os usuários sentem-se úteis, ocupando o seu tempo com algo que poderá lhes beneficiar durante e após a internação.

Programa de acompanhante Hospitalar para os pacientes Geriátricos: desenvolvido pela Enfermagem do Hospital Universitário da UFSC, na Unidade de Clínica Médica II, desde 1993. Tem como objetivo integrar a família e acompanhantes desses idosos, trazendo-os ao hospital como parceiros e clientes da enfermagem. O Programa visa ainda proporcionar apoio psicossocial aos pacientes; desenvolver habilidades no acompanhante quanto aos cuidados nas atividades da vida diária, bem como aos controles específicos de saúde após a alta hospitalar e desenvolver práticas saudáveis de vida para todos os membros envolvidos na família, os quais manifestaram apreciação e reconhecimento desse Programa.

O mesmo vem sendo desenvolvido adaptando-se à uma realidade do serviço de saúde, a fim de contemplar as necessidades da pessoa idosa. Objetiva amenizar os efeitos da hospitalização sobre a pessoa idosa e facilitar a capacitação do familiar cuidador para a continuidade dos cuidados pós-alta hospitalar. Desta forma, o Programa envolve a equipe de enfermagem e outros profissionais da saúde, o familiar acompanhante e a própria pessoa idosa na aprendizagem e familiarização do processo de cuidado, tratamento e recuperação.

Trata-se de uma experiência anterior à instituição da Portaria nº 280 de 7 de abril de 1999 do Ministério da Saúde (1), a qual torna obrigatória, nos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS), a permanência do acompanhante hospitalar para pacientes maiores de 60 anos de idade. Tal Portaria estabelece que o hospital receberá do SUS diária de acompanhante quando devidamente formalizada pela Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Em síntese, as situações discutidas e/ou experimentadas pelos familiares têm delineado funções do familiar cuidador em âmbito hospitalar e pós-alta, quais sejam: a) ajuda à pessoa idosa na locomoção e atividades físicas apoiadas, como andar, tomar sol, movimentar articulações; auxílio na transferência da cama para a mesa, no cuidado de higiene corporal, estímulo na alimentação; promoção do lazer, recreação; promoção da comunicação e socialização.

No quinto item vamos abordar sobre o desenvolvimento das atividades realizadas junto aos usuários Idosos nas Clínicas Médicas II e III

1.4 Desenvolvimentos das atividades realizadas nas clínicas médicas II e III

As Clínicas Médicas II e III, situadas no 3º andar, são constituídas por 30 leitos cada, sendo estes distribuídos de acordo com as especialidades de Cardiologia; Clínica médica; Endocrinologia; Gastroenterologia; Hematologia; Nefrologia; Neurologia; Pneumologia; Reumatologia.

A equipe de enfermagem é constituída aproximadamente por 60 funcionários: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Essas Unidades de Internação contam com duas Assistentes Sociais, uma no período matutino e outra no período vespertino (que se revezam sistematicamente) e atualmente dois estagiários de Serviço Social para as Unidades, além da equipe médica contam com a equipe de Psicologia e Nutrição.

O Serviço Social junto às Clínicas Médicas II e III trabalha na perspectiva da Política Nacional de Humanização, em intervenções que visam o bem estar dos usuários e seus familiares, por meio de instrumentos técnico-operativos como grupos de acolhimento, de recreação, de artesanatos, visitas aos usuários nos leitos, esclarecimentos e orientações.

Sendo assim o objetivo Geral deste trabalho é de analisar e estudar a compreensão dos Idosos Internados das unidades das clínicas Médicas II e III do Hospital Polydoro Ernane de Santiago em relação a seus direitos a Saúde e de que forma recebem orientações, saber se estes direitos são acessados ou não. E os objetivos específicos è de verificar como são repassadas as informações sobre direitos a pessoa Idosa internada nas duas Clínicas , e saber se são assimilados e o papel de Serviço Social nesta perceptiva do Idoso Hospitalizado.

Analisar se os Idosos internados têm conhecimento a respeito dos seus direitos e acesso aos mesmos e de possibilitar aos Idosos internados nas clínicas Médicas II e III o conhecimento de seus Direitos Universais na área da Saúde.

Porque o profissional de Serviço Social atua em consonância com a rede de atendimento dos vários municípios que disponibilizam seus serviços de acordo com a necessidade dos/as usuários/as atendidos na Instituição. Aliado a esta questão, faz-se necessário destacar a importância da rede. Nesse sentido, o poder público não deve ser substituído e sim ser articulado com a sociedade para que os agentes dessas políticas passem do “campo da ajuda, filantropia, benemerência para o da cidadania e dos direitos” (BRASIL, 2004, p. 41).

Nestas unidades II e III, utilizamos *práticas sócio-educativas* no sentido de acolhimento quando da chegada do/a usuário/a para a internação. Neste momento, são esclarecidas as rotinas hospitalares, os direitos do acompanhante e do/a usuário/a, bem como esclarecemos o trabalho do Assistente Social. Quando falamos em direitos e orientações, faz-se necessário trazer à tona o Código de Ética Profissional, que é um dos princípios norteadores das nossas ações, que afirma ser atribuição do Serviço Social, em seu art. 5º “democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos usuários” (CFSS, 2006, p. 3).

Vinculado às *ações sócio-emergenciais*, o Serviço Social do (HU) disponibiliza kit's de higiene pessoal, cestas básicas quando da alta hospitalar, roupas e calçados para usuários que deles necessitem (moradores de rua, por exemplo), passagem de ônibus quando da alta hospitalar e tratamento ambulatorial, e compra de medicamentos não disponibilizados pelo Estado.

Trabalhamos ainda no âmbito da relação profissional-usuário-família no que tange ao momento da notícia do resultado dos exames, da questão de sobrevida no pós-diagnóstico, das possibilidades de tratamento, enfim, do sofrimento emocional que interfere no processo de recuperação do/a usuário/a e da possível alta.

A importância do profissional de Serviço Social nestas duas unidades de saúde é verificada na solicitação dos usuários e também pela equipe multiprofissional que constantemente busca a intermediação do Assistente Social para o atendimento do usuário. “As ações desenvolvidas pelo Serviço Social, são necessárias para o atendimento dos usuários

no que diz respeito às necessidades sociais e leva também ao restabelecimento de sua saúde, já que saúde é conjunto das condições em que vive o cidadão” (BURLIM, 2006, p. 65).

No ano de 2008, e no ano que precedeu, foi estabelecido um planejamento do Serviço Social no HU, tendo como missão: desenvolver ações profissionais em Serviço Social, promovendo o protagonismo individual e coletivo no exercício, defesa e ampliação da cidadania. Atuar sob os valores do projeto ético-político do Assistente Social, realizando ações profissionais de assistência, ensino e pesquisa em saúde com qualidade. Contribuir para o processo de construção de um espaço interdisciplinar para formação crítica, sólida e com competência. (PLANEJAMENTO, 2006).

Nessa perspectiva, o Serviço Social do HU junto às Clínicas Médicas II e III presta serviços sócio-assistenciais e ampliação da saúde afim de viabilizá-la como um direito universal, resgatando os princípios norteadores da garantia de saúde física e autonomia dos usuários na direção da construção histórica dos sujeitos como cidadãos, seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde que dispõe a saúde no seu sentido mais amplo, com serviços e ações voltadas para a promoção, proteção social e promoção dos sujeitos.

De acordo com a Lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003, no seu Art. 15º é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2006b, p. 10).

Nesse âmbito, o campo de estágio da intitulada proporcionou ver a interação dos profissionais, como o comprometimento da categoria em disponibilizar os serviços de saúde com qualidade e sempre na perspectiva do direito. Procura-se gerar cada vez mais a preocupação pela qualidade na prestação dos serviços e a busca para solucionar as demandas. Também foi possível identificar a relação com a instituição e com os demais profissionais que nela estão inseridos.

Todas as discussões abordadas nos momentos de supervisão, que aconteciam formalmente às sextas-feiras, proporcionaram um acréscimo positivo no aprendizado, o qual permitiu a compreensão dos processos de trabalho como “meios ou instrumentos de trabalho que potenciam a ação do sujeito sobre o objeto: é a própria atividade, ou seja, o trabalho direcionado a um fim, que resulta em um produto” (IAMAMOTO, 2006, p. 61-62).

Portanto, a oportunidade de realizar o estágio mostrou que este é um espaço de exercitar o aprendizado, possibilitando ao orientando situações concretas, um momento significativo na formação profissional, como um elemento intermediário de ligação entre a teoria e a prática, um desafio que possibilita a elaboração, a construção de novos conhecimentos.

Nas Clínicas Médicas II e III durante o período da realização do estágio obrigatório, os contatos com os usuários foram realizados através dos acolhimentos aos usuários e suas famílias. Foram desenvolvidas as entrevistas durante o período de internação do paciente, com o intuito de identificar as dinâmicas familiares, aspectos da rede de proteção social que o usuário está inserido, acesso aos serviços de saúde bem como conhecer o perfil dos usuários do SUS. Neste momento se estabelece o vínculo com as famílias, o que oportuniza identificar demandas.

Instrumentos técnicos do Serviço Social mais utilizados pelos Assistentes Sociais nas Clínicas Médicas II e III, para realização das atividades e nas intervenções foram a leitura de documentos e prontuários, entrevistas, visitas aos usuários nos leitos, observação participante e parecer.

Enquanto profissional respaldado por legislação específica, o Serviço Social desta Instituição possui autonomia na realização de atendimentos e no cumprimento de sua rotina, contando com o apoio da Diretoria de Apoio Assistencial na elaboração e no cumprimento de projetos que necessitem de aprovação.

Frente à atuação do Serviço Social na instituição em estudo no que se refere ao atendimento e garantia de direito à pessoa idosa, na próxima seção vamos fazer uma reflexão teórica acerca do arcabouço legal frente à viabilização das políticas públicas ao idoso.

SEÇÃO II

2 POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS AO ENVELHECIMENTO NO BRASIL

O objetivo desta seção é fazer um resgate histórico das políticas públicas relacionadas ao envelhecimento no Brasil, começando pela Constituição Federal da República de 1988, bem como as demais Leis e Políticas que a partir dela vem sendo implementadas para assegurar os direitos da população Idosa. Na sequência, se fará uma discussão acerca do trabalho interdisciplinar no atendimento ao Idoso.

2.1 Direitos X Políticas Públicas

A Constituição Federal de 1988, segundo Piovesan (1999) é um marco simbólico que fortalece a cidadania, é um acontecimento da transição democrática e da nacionalização dos direitos humanos no país. Portanto, em termos de políticas públicas, a reforma da constituição, em 1988, foi um marco para os idosos brasileiros que tiveram, pela primeira vez, algumas de suas reivindicações contempladas na Carta Magna. Este manifesto só foi possível porque a sociedade se organizou para contestar seus direitos de maneira sistemática e contundente. Essa luta deu uma abertura legal, proporcionando um olhar sobre as questões relacionadas ao processo de envelhecimento, à velhice e aos idosos nas demais políticas públicas que foram promulgadas desde então.

Outro aspecto que merece um olhar especial é o art. 194, que faz parte do tripé da seguridade social, que é entendido, segundo a Constituição Federal de 1988, como “um conjunto integrado de ações de iniciativas dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, p.129).

Neste viés, a Constituição Federal de 1988, em seu art. 196, apresenta disposições sobre a Saúde: “Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 131).

Conforme o art. 197 da Constituição Federal de 1988, são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da Lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e também por pessoas físicas ou jurídicas de direito privado.

O segundo ponto do tripé que faz parte da seguridade social é a previdência social, que é contributiva, ou seja, só tem acesso a ela quem contribui, conforme o art. 201, que versa:

A previdência social será organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial, e atenderá, nos termos da lei, a: cobertura dos eventos de doenças, invalidez, morte e idade avançada; proteção à maternidade, especialmente à gestante; proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário; salário-família e auxílio-reclusão para os dependentes dos segurados de baixa renda; pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes, homens ou mulheres, cônjuge ou companheiro e dependentes observando o disposto no § 2º (BRASIL, 1988, p. 133).

Este surgimento no Brasil veio de forma focalista, pois atendia apenas as classes trabalhadoras que eram de interesse ao poder econômico ou ao mercado. Portanto, faz-se necessário observar a história a partir do Consenso de Washington, onde a partir desse momento os organismos internacionais (Banco Mundial, BIRD, FMI) têm uma cobrança maior quanto às posições tomadas pelos países periféricos no que se trata de suas dívidas externas e dos gastos com o social (Saúde, Previdência e Assistência), onde a forma neoliberal de governar era adotada como única forma de condução eficiente dos governos e que esse era o motivo da crise financeira enfrentada por estes (COUTO, 2004, p. 139-182).

Mas o ponto chave dessa imposição era a redução do Estado e a abertura para que a iniciativa privada explorasse esse campo, onde essa “crise” era pretexto para a privatização dos serviços.

Nos dizeres de Silva (1977), a previdência nasce e se desenvolve no mundo como resposta a um estado de necessidade social caracterizado pelas desigualdades e injustiças oriundas, principalmente, da expansão do capitalismo industrial dos séculos XVIII e XIX, das primeiras e segundas guerras mundiais e da crise do capitalismo em 1929.

A partir deste contexto, a previdência social surge como uma resposta para minimizar os danos decorrentes dessa realidade desigual e injusta. Aos poucos, torna-se uma política social de suma importância para os trabalhadores. Portanto, resgatar a história da previdência

social é resgatar parte da história da luta dos trabalhadores por mais justiça, maior proteção social e, acima de tudo, por igualdade de direitos. Conforme as contribuições de Cancelli,

A previdência guarda relação com o movimento estrutural, conjuntural de cada momento histórico da sociedade brasileira, expresso em suas diversas políticas econômicas e na correlação de forças que se estabelecem. Nessa trajetória, a política previdenciária tem como características básicas constitutivas o paradoxo entre a reprodução da força de trabalho e incorporação de direitos sociais (1994, p.10).

No que tange ao direito da pessoa idosa, ocorre no ano 1974 a criação da renda mensal vitalícia como forma de amparo previdenciário aos maiores de 70 anos e inválidos, benefícios que seriam concedidos pelo INPS ou pelo FUNRURAL, desde que não tivessem direito à aposentadoria e condição de sobrevivência. Esse benefício só veio a ser substituído em 1996 com a efetivação do BPC, que tem como critério de acesso pessoa que tenha deficiência ou idoso com mais de 67 anos (alterada a idade com a criação do Estatuto do Idoso para 65 anos) e que não tenham condições de prover seu sustento e nem de tê-lo provido por sua família.

Último ponto do tripé da seguridade social, a Assistência Social é a garantia da proteção aos cidadãos que necessitam de amparo do estado para sua sobrevivência. Por isso, a história da Assistência Social brasileira vem se configurando ao longo dos anos de uma forma clientelista, pontual e fragmentada. O período da Velha República foi marcado pela hegemonia da oligarquia rural expressa numa economia agroexportadora e numa intensa efervescência político-social. A partir da Revolução de 1930, a configuração do Estado Getulista possibilitou a passagem da economia para urbano-industrial (BRAVO, 2000).

As alterações feitas nesse período com o processo de industrialização redefinem o papel do Estado, abrindo caminho para a elaboração de políticas públicas como forma de controle social da classe operária. A partir desse momento, a Seguridade Social se resumia à Previdência Social e dentro desta se encontravam os serviços referentes à saúde. Estas políticas alcançavam somente os trabalhadores formais, deixando de lado a população empobrecida a cargo da filantropia e do clientelismo (BRAVO, 2000).

No período que se segue à Ditadura Militar, o país passa por um processo de desenvolvimento econômico-social e político que agravou ainda mais os problemas estruturais frente à questão social. De acordo com Bravo:

O Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismos de acumulação do capital (2000, p. 107).

A lógica dos programas de saúde e educação teve por finalidade privilegiar o setor privado, principalmente na área de saúde e previdenciária. Este período é marcado pela mercantilização da saúde no país, afetando também a população idosa.

Dentro dessa conjuntura, começa o período de transição para a democracia, onde diversos seguimentos da sociedade civil se mobilizam para reivindicar não só uma abertura política, mas também a ampliação de direitos sociais. Toda esta movimentação popular se materializou na Constituição Federal de 1988, denominada por muitos como Constituição Cidadã. O Estado vem destruindo os direitos adquiridos através de Emendas Constitucionais e da diminuição dos financiamentos com políticas públicas, principalmente no que se refere à Assistência Social. Em relação à Constituição Federal, 21 anos depois de sua promulgação ainda não tem um fundo fixo de financiamento, o que, segundo Martins e Paiva (2003), caracteriza-o como escasso e perverso. Insuficiente, porque sempre esteve aquém do necessário para garantir bens e serviços destinados à população reconhecidamente pobre, e perverso por deixar de atender adequadamente a quem tem direito e os que estão em situação de vulnerabilidade social.

Portanto, no que diz respeito à área de Assistência Social, Pereira (2000) coloca que pode ser reconhecida e explicada a partir do debate sobre as necessidades humanas porque o campo de Assistência Social se inscreve no campo dos direitos sociais, sendo que estes devem ser objetivos e universais, assim como as necessidades humanas, ou seja, devem se dirigir a todos em qualquer lugar e em qualquer cultura.

Para Yazbek (1996), Assistência Social pode se apresentar como ajuda, cuidando e reiterando a subalternidade, mas também pode se apresentar como protagonista na efetivação dos direitos sociais. Para que isso ocorra, a assistência tem que abrir um leque de opções que vai desde uma prática que emancipe seus usuários até a forma como ela é trabalhada.

A Assistência Social é regulamentada por meio da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei 8.742/93, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, bem como pela Lei 8.842/94 e pelo Decreto 1.744/95, que dispõem, respectivamente, sobre a aprovação da

Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e a regulamentação do Benefício de Prestação Continuada (BPC).

A cobertura assistencial brasileira é bastante ampla, sendo o Brasil um dos poucos países que oferecem uma renda mínima para o idoso, independentemente de contribuição prévia. O Benefício de Prestação Continuada - BPC, é um benefício assegurado pela LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social, concebido aos idosos a partir de 65 anos (idade assegurada pelo Estatuto do Idoso) e deficientes, cuja renda per capita familiar não ultrapasse a um quarto do salário mínimo. Neste momento, o valor percebido pelo requerente do benefício deve ser inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo vigente, ou seja, o equivalente a R\$ 116,25 (cento e dezesseis reais e vinte cinco centavos) com base no salário mínimo atual que é de R\$ 465,00 (quatrocentos e sessenta e cinco reais).

Entretanto, ainda hoje o BPC tem se mostrado como um benefício de limitado alcance. Segundo Gomes (2001), isso se deve à sua intransigência e crescente seletividade, seu desvirtuamento em relação ao anunciado na Constituição e as sucessivas medidas governamentais no sentido de sua contenção.

Para Gomes (2001), a LOAS não traduziu adequadamente os imprescindíveis constitucionais no que tange, particularmente, o conjunto de benefícios continuados e eventuais. Ao estabelecer critérios para garantia desses benefícios e os de prestação continuada, invocou o artigo e recorrente caráter de menor elegibilidade, altamente limitado, reduzindo um conjunto de necessidades sociais à figura do necessitado.

A partir desse olhar, o Ministério Público, em 1989, preocupou-se com o aumento da população de idosos que vive nas instituições no Brasil e compreendeu a necessidade de estabelecer normas para que o atendimento aos idosos fosse efetuado dentro de padrões técnicos, aprovando, assim, a Portaria nº 810. Essa portaria contempla as diretrizes que orientam as Instituições acerca da organização administrativa em diversas áreas, inclusive saúde, alimentação e lazer dos idosos. Sendo assim, é prevista a sua implementação através da promulgação da política nacional do idoso - PNI (BRASIL, 1989).

Porém, a PNI foi instituída pela Lei nº 8.842/94 e regulamentada pelo Decreto nº 1.948/96, onde, pela primeira vez, foram efetivamente contemplados os direitos dos idosos de maneira mais ampla. Entre estes princípios que norteiam a PNI, encontram-se a família, a sociedade e o Estado, que têm o dever de garantir à essa camada populacional todos os

direitos de cidadania, assegurando a sua participação na comunidade em prol da sua dignidade, bem-estar e direito à vida.

Dentro deste contexto, em 1999, outro instrumento político de grande porte para os idosos foi a regulamentação, através da Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI). Essa política dispõe sobre as diretrizes essenciais concernentes à atenção integral em processo de envelhecimento e à população idosa na área da saúde. A PNSI explicita a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa e em processo de envelhecimento, em acordo com a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90). A PNSI tem como propósito:

A promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo possível, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde daqueles que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida (GORDINHO, 2000, p. 24).

Esta política foi atualizada no dia 19 de novembro de 2006 através da Portaria nº 2.528, que aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). A referida Portaria tem como finalidade primordial recuperar, manter e promover a autonomia e independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2006a).

Outro marco legal importante foi o Estatuto do Idoso, que, após sete anos tramitando no Congresso, foi aprovado em setembro de 2003 (Lei nº 10.741), sancionado pelo presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva no mês seguinte para ampliar os direitos dos cidadãos com idade acima de 60 (BRASIL, 2006b).

Ao apontar a Política Nacional dos Idosos, Política de Saúde da População Idosa e o Estatuto do Idoso, percebe-se que são instrumentos que garantem a proteção a esse grupo populacional, agregando-os na condição de cidadãos que, como os demais, merecem uma atenção digna e saudável. Porém, é necessária a colaboração de toda a sociedade para que se efetive a transformação da realidade dos idosos e humanizar as relações entre viver e envelhecer.

Para Berttinelli e Portella (2004), é preciso promover o avanço da luta pelos direitos dos idosos, pela dignidade do envelhecimento e pelo cumprimento das leis, mas acima de

tudo a sociedade precisa colocar-se como parceira do poder público na construção de ações, programas e projetos que resultem em apoio, proteção e assistência ao idoso.

Em fevereiro de 2006, foi publicado, através da Portaria/GM nº 399, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde, onde é contemplado o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo, sendo apresentada uma série de ações que visam, em última instância, a implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.

A publicação do Pacto pela Vida, particularmente no que diz respeito à saúde da população idosa, representa, sem sombra de dúvida, um avanço importante. Entretanto, muito há que se fazer para que efetivamente o Sistema Único de Saúde dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas da saúde da população idosa brasileira.

Dessa maneira, a participação da Comissão Intergestora Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde, no âmbito nacional, é de fundamental importância para a discussão e formulação de estratégias de ação capazes de dar conta da heterogeneidade da população idosa (BRASIL, 2006b).

Dando seqüência ao trabalho, abordaremos a seguir o processo de envelhecimento e o trabalho interdisciplinar na área da Saúde referente à pessoa Idosa. Acreditamos que a magnitude e a amplitude da integridade da pessoa idosa com relação à sua saúde requerem, por parte da equipe interdisciplinar, uma visão abrangente e uma atuação relevante a fim de contemplar a promoção da saúde e o envelhecimento saudável.

2.2. Processo de envelhecimento: Trabalho Interdisciplinar na área de Saúde do Idoso

No campo legislativo, o idoso no Brasil está muito bem. A proteção ao idoso entre nós tem assento constitucional. A Constituição Federal de 1988, logo no art. 1º, declara que são princípios fundamentais da República Federal do Brasil a cidadania e a dignidade humana (incisos I e II). O idoso é ser humano, portanto possui *status* de cidadão e, por consequência, deve ser contemplado por todos os instrumentos asseguradores da dignidade humana aos brasileiros, sem distinção. Assim, a Constituição Federal estipula que um dos objetivos fundamentais da República é o de promover o bem de todos, sem preconceito ou

discriminação em face da idade do cidadão (bem como de origem, raça, sexo, cor e quaisquer outras formas de discriminação - art. 3º, inciso IV). (art. 201).

Para o idoso que não integre o seguro social, ou seja o benefício a que tem direito apenas quem contribui para a Previdência Social, a Constituição assegura a prestação de assistência social à velhice. Tal proteção deve acontecer com os recursos orçamentários da previdência social e prevê, entre outras iniciativas, a garantia de um salário mínimo mensal ao idoso que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família (arts. 203, V, e 204).

Um outro destaque importante na proteção constitucional ao idoso é o papel da família. A família é a base da sociedade e merece atenção especial do Estado. A partir dessa conceituação, o Estado deverá assegurar assistência a cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações (art. 226, Constituição Federal). Ainda perante a Constituição, a mesma afirma a responsabilidade da família e do Estado no amparo aos idosos, art. 230:

É dever da família, bem como do Estado e da sociedade, amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar, e garantindo-lhes o direito à vida. E, na acepção constitucional, os programas de amparo aos idosos serão executados (BRASIL, 1988, p. 146).

Nesta conjuntura, com a implementação da política nacional do idoso, a lei atribui ao Poder Público incumbências muito claras nas mais diversas áreas: a) principalmente na área de saúde, o idoso deve ter toda assistência preventiva, protética e de recuperação por meio do Sistema Único de Saúde; deve ser incluída a geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais e estaduais (BRASIL, 2006b, p. 10 -11).

No Brasil, está na Constituição Federal de 1988, em seu capítulo segundo, artigo 6º, que são considerados Direitos Sociais: o direito à educação, à saúde, à previdência social, a proteção à maternidade, à infância e a assistência aos desamparados. Neste sentido, França (1999) refere-se ao direito à velhice como um direito de personalidade, incluindo-o, entretanto, em uma outra subespécie de direito à integridade física: direito ao corpo, que abrange assuntos que vão desde o direito à vida e a condição jurídica até o direito à velhice.

Dentro deste contexto, o processo de envelhecimento que, de acordo com o princípio II da Política Nacional do Idoso, diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos.

Portanto, saber como e porquê seu corpo muda com a idade ajuda compreender este processo fundamental da nossa vida. Esse conhecimento também nos facilita na tomada dos cuidados que possibilitam o desenvolvimento de condições como as doenças oculares que são mais comuns com o avanço da idade (WARD, 2007).

O processo de envelhecimento no Brasil e na América Latina vem ocorrendo em um contexto marcado por uma alta incidência de pobreza e desigualdade social e um desenvolvimento institucional, caracterizado pela falta de sintonia com o contingente da população idosa. Ademais, dados referentes à pobreza na velhice ainda são limitados ou quase inexistentes, havendo nesse sentido uma lacuna no que tange a esse aspecto. Contudo, pode-se partir do princípio de que a pobreza, numa sociedade desigual como a brasileira, ocasionará, conseqüentemente, a reprodução da pobreza na velhice, sobretudo quando se consideram alguns aspectos, muitas vezes, peculiares a essa faixa etária, ou seja, a mórbida (HEREDIA, 1999, p. 7-21).

Para Azevedo (2004), o processo íntimo do envelhecimento não é conhecido, sendo a única certeza o fato de tratar-se de uma situação que atinge a todos os seres vivos, portanto as principais teorias de envelhecimento se situam na análise das proteínas, substâncias básicas na estrutura das células e conseqüentemente do organismo. Essas proteínas são constituídas de elementos denominados aminoácidos, que carregam dentro de si as informações genéticas próprias de cada um, isto é, nosso patrimônio genético.

Assim sendo, o envelhecimento é um processo inerente ao próprio desenvolvimento e, em qualquer etapa do desenvolvimento tem-se perdas e ganhos, satisfação e insatisfação, as quais também são marcadas por períodos de transição e de adaptação, conforme salienta a teoria do curso de vida sobre o desenvolvimento humano (MORIN, 2000).

Segundo o Estatuto do Idoso, no seu art. 8º, “O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, nos termos desta lei e da legislação vigente” (BRASIL, 2006b, p. 9).

Portanto, quando falamos na arte de envelhecer, estamos falando na arte de viver, pois a partir do momento que nascemos nosso organismo vai progressivamente se modificando. Por isso, ninguém envelhece da mesma maneira, nem no mesmo ritmo. Isto significa que as experiências do envelhecimento não são iguais para todos, é uma experiência heterogênea, pois as diferenças genéticas, diferentes patologias, diferenças sócio-econômicas, culturais e espirituais resultam em diferentes experiências do envelhecimento.

Segundo a Organização Pan-Americana de saúde (OPAS,1992), “O envelhecimento é reconhecido como uma das importantes modificações na estrutura da população mundial”.

Para Freitas (2006), o envelhecimento é causado por alterações moleculares e celulares, que resultam em perdas funcionais progressivas dos órgãos e do organismo como um todo. Esse declínio se torna perceptível ao final da fase reprodutiva, muito embora as perdas funcionais do organismo comecem a ocorrer muito antes.

Conforme Berzins (2000), o envelhecimento populacional é um fenômeno recente na história da humanidade. Ele vem acompanhado de significativas transformações demográficas, biológicas, sociais, econômicas e comportamentais. Nesse viés, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o envelhecimento populacional como uma história de sucesso das políticas e programas para promover o envelhecimento digno e sustentável que contemple as necessidades do grupo etário das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.

Percebe-se que não se pode falar de direitos e das políticas públicas ou processo de envelhecimento e deixar de lado um alicerce fundamental na viabilização destes direitos e políticas, que é a equipe interdisciplinar. A atuação dessa equipe na área da saúde do idoso dispõe de vários profissionais que fazem parte da sua equipe com intuito de disponibilizar um melhor atendimento à população usuária. O conjunto interdisciplinar na saúde é composto por vários profissionais, tais como médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, bioquímicos, entre outros.

Esse tema emerge no bojo da crítica à fragmentação do saber e da produção de conhecimento. Para alguns autores, como Luck, “extrapola a mera agregação dos seus campos de origem, visando à associação dialética entre dimensões polares como teoria e prática, ação e reflexão, conteúdo e processo, portanto integração entre diferentes áreas e a abordagem de problemas de forma criativa demanda mudanças individuais, institucionais e ações intersetoriais” (LUCK, 2002, p. 51).

Vasconcelos E. (2003) parte do mesmo pressuposto de que as práticas na saúde incorporam estratégias de negociação saber/poder, de competição interna e externa de processos institucionais e sócio-culturais que impõem barreiras à troca de saberes cooperativa. Ao mesmo tempo, o desenvolvimento de práticas interdisciplinares envolve flexibilização dos aparatos sociais e revisão das legislações profissionais, bem como a ampliação destas práticas na formação dos profissionais, buscando uma nova profissionalização capaz de enfrentar novos desafios teórico-práticos. Incluindo a integração do ensino-pesquisa-extensão, a

democratização da hierarquia institucional e a possibilidade de quebra das defesas corporativas, permitindo a troca e o aprendizado.

Para Martins “no campo da saúde, o trabalho interdisciplinar acena com a possibilidade da compreensão integral do ser humano no contexto das relações sociais e do processo saúde-doença” (MARTINS, 1999, p. 6). Sua construção ultrapassa a mera renovação de estratégias educativas, necessitando ser consolidada pela reestruturação acadêmica e institucional, via o compromisso com as necessidades sociais de saúde. De acordo com Luck,

O enfoque do trabalho interdisciplinar consiste num esforço de busca global da realidade, como superação das impressões estáticas, e do hábito de pensar fragmentador e simplificador da realidade. Ele responde a uma necessidade de transcender a visão mecanicista, linear e estabelecer uma ótica globalizadora que vê a realidade, em seu movimento, constituída por uma teia dinâmica de inter-relações circulares, visando estabelecer o sentido de unidade que ultrapassa as impressões fracionadas e o hábito de pensar e de exprimir-se por pares e opostos, como condição e resultado final do processo de produção do conhecimento (2002, p. 72).

Dentro desta percepção, segundo Deluiz, “a Gerontologia é intrinsecamente interdisciplinar, pois o processo de envelhecimento permeia todos os aspectos da vida, incorpora conteúdos científicos e técnicos de vários campos, nos quais destacam-se a Biologia, a Psicologia e as Ciências Sociais” (DELUIZ, 2001, p. 5-15). Neste sentido, conforme o autor, Gerontologia opera a criação de novas estruturas conceituais que, ao romperem com as estruturas disciplinares de origem, são recombinadas e sintetizadas de forma a configurar uma nova totalidade. Seu campo de saber, competências e responsabilidades confluentes às diversas profissões são caracteristicamente intersetoriais, com a participação e o potencial de todas as ciências que estudam e atuam no envelhecimento.

Enfocar as competências na atuação junto ao idoso objetiva novos recortes do conhecimento e sua contextualização no processo social do envelhecimento e na prestação de serviços, incluindo assim a capacidade de atuação frente à imprevisibilidade e diversidade de situações, almeja o trabalho em equipe multiprofissional e a mobilização de conteúdos diversos, buscando a atuação integral ao nível do profissional de saúde, das estruturas organizacionais e dos arranjos políticos.

O trabalho interdisciplinar objetiva “a realização do homem, em todas as suas dimensões; a superação de individualismo, desesperança, desajustamentos, enfim, problemas existenciais, oriundos de uma ótica fragmentadora; a integração política e social do homem no seu meio” (LUCK, 2002, p. 55). Ainda sobre a interdisciplinaridade, Fazenda afirma que:

O pensar e o agir interdisciplinar se apóiam no princípio de que nenhuma fonte de conhecimento é, em si mesma, completa, e de que, pelo diálogo com outras formas de conhecimento, de maneira a se interpenetrarem, surgem novos desdobramentos na compreensão da realidade e sua interpretação (1995, p. 80).

Portanto, o trabalho interdisciplinar é a base fundamental nas relações de trabalho e na viabilização dos direitos dos usuários. Ramos ressalta que na “formação profissional em saúde do idoso, verifica-se que, apesar da adequação curricular ser mencionada na PNI e na PNSI, não há uma especificação das competências a serem desenvolvidas nestes processos” (RAMOS, 2001, p. 17-26). As competências profissionais emergem com maior significado, porém, nas Diretrizes Curriculares e para a Graduação.

Nesse processo, os assistentes sociais, historicamente identificados como um dos profissionais da saúde que mais se dedica às questões relativas à humanização do atendimento, passa a ser inicialmente convocado a propor estratégias e articular iniciativas para desencadear atividades voltadas para trabalho interdisciplinar de humanização, bem como integrar os grupos de humanização dos hospitais. Segundo Giannotti:

Entende-se atualmente o que se pretende hoje em relação à saúde não seria de competência de um único profissional, mas uma tarefa interdisciplinar, profissionais de áreas diversas, representantes de várias ciências, agregar-se-iam em grupo de saúde, tendo como objetivos comuns: estudar as interações e encontrar métodos adequados que propiciem uma prática integradora, tendo como enfoque a totalidade dos aspectos inter-relacionados à saúde e à doença (1996 p.31-34).

Porém, a interdisciplinaridade é uma crítica ao modelo de saberes específicos, por estar interligada à concepção de totalidade. Nesta ótica, vale destacar que a saúde, como qualquer outra área, tem que ter fundamentos éticos para com os outros profissionais, tendo em vista a eliminação das barreiras entre as profissões. Segundo Fazenda “o medo de perder seu prestígio pessoal, ética profissional e moral, impedem a montagem de uma equipe especializada que parta em busca de um maior comprometimento (...)” (FAZENDA, 1995, p. 22) para com a equipe e para com o paciente, usuário de seus serviços e atendimentos.

Conhecer estes direitos e políticas e aprofundar melhor sobre essa temática para poder repassar aos usuários que à ela tem pouco acesso foi o que inquietou para escrever sobre este assunto durante a minha trajetória no estágio, pois o Serviço Social se insere como profissão socialmente necessária, voltada à defesa intransigente dos direitos humanos e à consolidação da cidadania, pois se encontra totalmente imbricado nesse processo de construção da

cidadania, mediado pelo conflito capital e trabalho e pelos impactos da globalização que emergem novos espaços de produção de direitos.

Portanto, nesta ótica, a socialização das informações sobre os direitos sociais proporciona não só o fortalecimento do usuário como sujeito, como também a mudança da realidade. Esse processo caracteriza-se como democrático a partir do momento em que se prioriza o repasse de informação privilegiada a forças políticas dominantes.

Dando sequência ao trabalho, iremos discutir na próxima seção os procedimentos metodológicos para a realização deste trabalho, como o entendimento dos idosos atendidos nas unidades das Clínicas Médicas II e III acerca de seus direitos enquanto cidadãos.

SEÇÃO III

3. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

O objetivo desta seção é apresentar os procedimentos metodológicos da pesquisa realizada no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU), especificamente nas unidades das Clínicas Médicas II e III e os resultados e análise da pesquisa realizada com idosos.

A pesquisa tem como objetivo coletar dados a fim de desvendar questões de uma determinada realidade. Yamamoto expressa que:

Pesquisar é conhecer a realidade é conhecer o próprio objeto de trabalho, junto ao qual se pretende induzir ou impulsionar um processo de mudanças. Nesta perspectiva, o conhecimento da realidade deixa de ser um mero pano de fundo para o exercício profissional, tornando-se condição do mesmo, do conhecimento do objeto junto ao qual incide a ação transformadora ou esse trabalho (apud SILVA, 2008, p. 31).

Nesta pesquisa, foi utilizada a abordagem metodológica quantitativa, uma vez que esta busca entender a natureza do fenômeno social que se deseja pesquisar, proporcionando um conhecimento aprofundado de determinado evento e possibilitando a explicação de comportamentos. Essa abordagem é usada em pesquisas na área de saúde por entender que a saúde não é um campo separado das outras instâncias da realidade social. (RICHARDSON, 1989; VICTORA; 2000; BOGUS, 2004; FLICK, 2004; MINAYO, 2004).

No estudo, essa abordagem metodológica permitiu a compreensão dos significados que os sujeitos atribuem às suas experiências cotidianas.

A estratégia metodológica escolhida para realização da pesquisa foi Convergente Assistencial (PCA)², que engloba vários métodos, estratégias e técnicas destinadas a fornecer

² O método Convergente-Assistencial se caracteriza como trabalho de investigação, propõe refletir a prática assistencial a partir de fenômenos vivenciados no contexto, o que pode incluir construções conceituais inovadoras (TRENTINI, PAIM, 1999, p.27).

informações para a pesquisa. Também a mesma preconiza a participação ativa dos sujeitos na pesquisa mantendo, durante todo o seu processo, uma estreita relação da situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudanças e introduzir inovações, comprometendo-se com a melhoria do contexto pesquisado (TRENTINI; PAIM, 2004).

Escolhemos esta estratégia pois acreditamos que ela nos dá acesso à construção de um conhecimento para entender a efetivação das políticas públicas na área dos idosos para com os usuários que delas necessitam. Desta forma, o pesquisador se compromete com a construção de um novo conhecimento através da articulação intencional entre a teoria e a prática no período de coleta de informações, com o objetivo de entender o contexto social pesquisado incluindo todos neste processo.

Os procedimentos metodológicos para a coleta de dados nesta pesquisa incluíram a escolha do espaço. Foi a partir dessa experiência e vivências por mais de nove meses nesta instituição que surgiram as indagações acerca do processo de conhecimento do direito à saúde da pessoa idosa.

3.1 Instrumentos e coleta de dados

Para realizar esta pesquisa, primeiramente foi necessário um contato direto com os participantes durante o processo da internação; sendo eu estagiária das duas Clínicas, essa aproximação com os usuários facilitou o processo.

Tendo em conta que alguns são usuários de longa permanência e outros de curta, e também por serem duas clínicas, o grupo foi dividido em duas partes, sete participantes em cada clínica. Em princípio, seriam sete homens e sete mulheres, mas não foi possível devido ao estado de saúde das usuárias que não podiam se comunicar com facilidade e clareza, sendo necessário então aplicar o questionário à maioria de sexo masculino.

Inicialmente, foi pedida permissão dos participantes, esclarecendo todos os procedimentos e para qual finalidade a pesquisa estava sendo realizada; depois, foi elaborado um termo de consentimento e na sequência foram realizadas as coletas. Portanto, é importante

ressaltar que as coletas estavam previstas para serem realizadas em uma sala de aula na Clínica Médica III, mais devido ao fato que a maioria dos participantes são acamados, não podendo locomover-se, os dados foram coletados nos leitos. No final de cada coleta realizada individualmente, são feitos agradecimentos e a entrega do termo de consentimento para assinatura.

Quanto aos procedimentos técnicos, adotamos para o alcance dos objetivos propostos a pesquisa bibliográfica e documental e a pesquisa de campo. A pesquisa bibliográfica e documental caracteriza-se pela utilização de materiais já produzidos e publicados. A pesquisa de campo, por sua vez, consiste no levantamento de dados por meio da interação direta com os sujeitos da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu através da realização de um questionário com perguntas semi-abertas, que é a junção de uma pergunta fechada e uma aberta em que, num primeiro momento, o entrevistado responde a uma das opções de alternativas e depois justifica ou explica a sua resposta.

Portanto, o roteiro de perguntas semi-abertas foi desenvolvido para auxiliar na condução das entrevistas. Optou-se por perguntas semi-abertas com o intuito de oferecer liberdade de expressão aos entrevistados para compartilhar suas visões quanto aos assuntos levantados, não limitando as respostas a apenas um determinado número e tipo (AAKER; KUMAR; DAY, 2001).

Em seguida, foi realizada a aplicação do questionário com os usuários das Clínicas Médicas II e III do Hospital Universitário, abordando questões relativas ao tema pesquisado. Segundo Quivy (1998), quando se tem o objetivo de investigar, devem-se fazer poucas perguntas que permitam ao entrevistado se expressar livremente com relação ao tema quando for necessário.

A coleta de dados ocorreu nos meses de abril e maio do corrente ano. Para registro dos dados, as entrevistas foram feitas verbalmente, mediante o consentimento prévio de cada participante. As falas dos sujeitos foram transcritas na íntegra pela intitulada do presente trabalho acadêmico e o texto gerado a partir das falas foi objeto de análise.

Para realização do registro dos encontros, também foi utilizado um diário de campo, onde foram anotadas as observações sobre cada entrevistado. Na pesquisa Convergente

Assistencial é impossível para o pesquisador registrar tudo o que ocorre durante a coleta de dados, por isso é melhor intercalar as técnicas de registro (TRENTINI; PAIM, 2004).

3.2 Sujeitos da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram 15 (quinze) Idosos internados nas CM2 e CM3 do HU/UFSC, que podem comunicar-se verbalmente e aceitaram participar. A coleta de dados foi realizada nos meses de abril e maio do ano de dois mil e nove nas salas das Clínicas Médicas II e III. Inicialmente, foram identificados usuários com 60 anos ou mais conforme a participação; depois foram convidados a participar da pesquisa aqueles que pudessem comunicar-se verbalmente; também foi elaborado um termo de consentimento para cada participante, a fim de legitimar este processo.

Vale salientar que o termo de consentimento (Anexo I) e o roteiro do questionário (Anexo II) estão em anexo.

Com os membros que aceitaram participar, foi preservada sua privacidade no momento da aplicação do questionário, procurando não realizá-la na presença de outras pessoas, exceto se o mesmo permitisse, evitando expô-lo a qualquer tipo de constrangimento.

3.3 Análise dos dados

Neste estudo, a análise dos dados foi feita gradativamente com base nos textos escolhidos a partir das transcrições das entrevistas. Portanto, na Pesquisa Convergência Assistencial, os processos de coleta e análise dos dados devem ocorrer simultaneamente, a fim de refletir sobre como fazer interpretações que poderão ser preenchidas no decorrer do processo. (TRENTINI; PAIM, 2004). Em seguida, foram aproveitados para análise de conteúdo os elementos que poderiam ser encontrados no material analisado. A organização da

análise refere-se à estrutura de trabalho, que agrega o início da análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação.

Para seguir os princípios de Bardin (1977), a fase de pré-análise se deu ao ler e reler o material em busca de tentar compreender o que os participantes diziam sobre conhecimentos dos seus direitos à saúde como pessoa idosa. Por isso, inicialmente foram lidas e relidas todas as transcrições; em seguida foram organizadas as falas conforme o seu significado e categorias.

Depois da realização destes processos acima indicados, seguiu-se a análise dessas categorias para verificar sobre o que elas estavam falando. É neste momento que começamos a observar os eixos temáticos.

Neste contexto, ao concluir o processo de análise dos dados, observamos quatro eixos temáticos: aposentadoria na vida dos sujeitos, falta de conhecimentos dos seus direitos, baixo nível de escolaridade e satisfação no atendimento. Com base nos eixos temáticos encontrados, foi realizada a discussão dos dados selecionados na pesquisa, que será apresentada em cada tabela.

3.4 Conhecendo o perfil e as dificuldades dos sujeitos da pesquisa

As entrevistas com os usuários das unidades das Clínicas Médicas II e III do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU) tiveram como objetivo conhecer a realidade desse público e perceber as dificuldades enfrentadas, em especial suas percepções, ou seja, o que conhecem em relação a seus direitos quando adoecem e onde buscam atendimento. Neste espaço, pretendemos trazer as contribuições elencadas pelos entrevistados.

Procuramos realizar as entrevistas com os sujeitos, inicialmente conhecendo a idade dos Idosos pesquisados:

Tabela 01: Idade dos Entrevistados

Idade	Quantidade	Percentagem (%)
60	1	6,6
61	1	6,6
63	1	6,6
64	1	6,6
68	1	6,6
69	1	6,6
71	1	6,6
72	1	6,6
73	1	6,6
74	1	6,6
75	1	6,6
76	1	6,6
86	3	20,8
Total	15	100%

Fonte: Questionário.

Através da tabela acima, percebemos que a grande maioria dos idosos internados (79,2%) apresenta idade entre 60 e 76 anos e há uma concentração de 20,8% com idade de 86 anos. Frente à questão da idade dos Idosos, podemos fazer uma reflexão juntamente com o Estatuto do Idoso no art. 1º, onde ele ressalta que este instrumento legal “é [...] destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos” (BRASIL, 2006b, p.7). Em contrapartida, os idosos apenas conseguem acessar o Benefício de Prestação Continuada – BPC, com 65 anos completos e levando ainda em consideração a renda per capita inferior a ¼ do salário mínimo. Desta forma, verifica-se uma disparidade entre ser idoso com 60 anos e a garantia da renda aos que não contribuem apenas quando estes completam 65 anos.

Na segunda tabela verificou-se o sexo dos entrevistados:

Tabela 02: Sexo dos entrevistados

Sexo	Nº.	Percentagem (%)
M	11	73
F	4	24
Total	15	100%

Fonte: Questionário

Em relação ao sexo dos entrevistados a tabela nos mostra que 73% são do sexo masculino e 24% do sexo feminino. Voltando ao parágrafo acima, isso se deve ao estado de saúde das usuárias que, não podendo comunicar-se com facilidade e clareza, foi necessário então aplicar o questionário com a maioria de sexo masculino.

Na tabela três, os dados dos entrevistados em relação ao estado civil:

Tabela 03: Estado Civil

Estado Civil	Nº.	Percentagem (%)
Casado (a)	8	53
Viúvo (a)	5	33
Amasiado	2	14
Total	15	100%

Fonte: Questionário

Conforme demonstra a tabela acima, 53% dos entrevistados dizem-se casados, 33% são viúvos e 14% relatam serem amasiados.

Isso demonstra que a maioria dos entrevistados vive uma união estável, pois de acordo com o Código Civil, no seu Art. 1.511, “O casamento estabelece comunhão plena de vida, com base na igualdade de direitos e deveres dos cônjuges”.

O que a Lei determina é a efetivação da união estável em casamento, como reconhecimento de todos os direitos decorrentes de uma convivência duradoura, seja quanto aos efeitos familiares, obrigacionais, reais e sucessórios, admitindo a retroatividade desde o tempo inicial da relação.

Também o preceito constitucional, determinando a facilitação da conversão da união estável em casamento, colocou em pé de igualdade a condição de *status* familiar existente em ambos os institutos do casamento e da união estável (BRASIL, 2002, p. 270-271). Ao mesmo tempo, a Constituição Federal em seu art. 226 § 3º expressa que, para efeito da proteção do Estado, é reconhecida a união estável entre o homem e a mulher como entidade familiar, devendo a Lei facilitar sua conversão em casamento.

Quanto a Tabela abaixo, no que se refere ao número de filhos que os entrevistados tiveram, obtivemos os seguintes dados:

Tabela 04: Número de Filhos

Número de filhos	Nº	Percentagem (%)
M	60	72
F	24	28
Total	84	100%

Fonte: Questionário

Em relação à tabela anterior podemos perceber que os 11 entrevistados do sexo masculino tiveram um total de 60 filhos, correspondendo a um percentual de 72%, e as 4 mulheres entrevistadas tiveram 24 filhos (28%).

Na quinta tabela perguntamos aos entrevistados qual a religião que estes aderem e ou frequentam. Obtivemos as seguintes respostas:

Tabela 05: Religião

Religião	Nº.	Percentagem (%)
Católica	12	80
Não tem	2	13
Espírita	1	7
Total	15	100%

Fonte: Questionário

Em relação à religião dos entrevistados ficou evidente que a grande maioria (80%) diz ser católica, 13% não tem religião e 7% expressam serem espíritas. Isso mostra a variedade cultural e a liberdade de escolha de cada sujeito. De acordo com o Estatuto do Idoso, no capítulo 2º, que se refere aos direitos de liberdade, ao respeito e à dignidade de crença e culto religioso.

Em relação à profissão dos entrevistados, verificou-se que:

Tabela 06: Profissão

Profissão	Nº	Porcentagem (%)
Aposentado (a)	13	86
Agrônomo	1	7
Autônomo	1	7
Total	15	100%

Fonte: Questionário

Com relação à profissão dos entrevistados, ficou em evidência que a grande maioria é aposentada (86%), 7% exercem a profissão de agrônomo e 7% trabalham como autônomo. Isso mostra que não somente os aposentados participaram na coleta de dados, mas também outros profissionais que atuam na condição da informalidade. O tipo de trabalho desvinculado a qualquer empresa, ou seja, indireto, onde não há vínculo empregatício por meio de documentação legalizada, prestando serviços habitualmente por conta própria.

No que diz respeito à aposentadoria, é o momento no qual o servidor completou o tempo efetivo de trabalho na situação ativa. Portanto, é um benefício concedido ao segurado que tenha trabalhado em condições prejudiciais à saúde ou à integridade física. Para ter direito à aposentadoria especial, o trabalhador deverá comprovar, além do tempo de trabalho, efetiva exposição aos agentes físicos, biológicos ou associação de agentes prejudiciais pelo período exigido para a concessão do benefício (15, 20 ou 25 anos). Mas a Lei Orgânica da Previdência Social – LOPS nº 12, 1947, unificou a legislação e uniformizou as regras aplicáveis aos contribuintes, segurados e dependentes, porque antes para fazer jus ao benefício o trabalhador teria que contar com 50 anos de idade.

Durante a coleta de dados, foram evidenciados dois tipos de aposentadoria nas quais os participantes da entrevista estavam inseridos:

Aposentadoria por idade: têm direito ao benefício os trabalhadores urbanos do sexo masculino a partir dos 65 anos e do sexo feminino a partir dos 60 anos de idade. Os trabalhadores rurais podem pedir aposentadoria por idade com cinco anos a menos: a partir dos 60 anos para homens e a partir dos 55 anos para as mulheres.

Aposentadoria por invalidez: é um benefício concedido aos trabalhadores que, por doença ou acidente, forem considerados pela perícia médica da Previdência Social incapacitados para exercer suas atividades ou outro tipo de serviço que lhes garanta o sustento.

Portanto, estes tipos de aposentadoria elencados acima foram os que mais se identificaram durante aplicação dos questionários. Na mesma lógica Haddad, também traz a sua contribuição:

A aposentadoria foi concebida como uma instituição social, assegurando aos indivíduos renda permanente até a morte, correspondendo à crescente necessidade de segurança individual que marca as sociedades da nossa época, portanto os estudos sobre a aposentadoria revelam que, comumente é gerada uma crise no indivíduo. A retirada da vida de competição, a auto-estima e a sensação de ser útil se reduzem isso faz com que no início a maioria dos idosos se sente satisfeito, pois lhe parece ser muito bom poder descansar, mas aos poucos, começam a descobrir mudanças nas suas vidas (1993, p. 115).

No entanto, a Constituição de 1988 já se refere ao idoso garantindo o seu amparo. A Política Nacional do Idoso (PNI), pela Lei 8.842/94 regulamentada pelo Decreto 1948/96, estabelece direitos sociais, garantia da autonomia, integração e participação dos idosos na sociedade, como instrumento de direito próprio de cidadania, sendo considerada população idosa o conjunto de indivíduos com 60 anos ou mais.

Visto isso, percebe-se que os idosos aposentados ou não, deveriam desfrutar de sua aposentadoria com dignidade. Nesta mesma ótica, conforme Moragas (1997), os estudiosos na área da Gerontologia Social revelam que o trabalho torna-se um dos elementos relevantes que interfere de forma positiva na longevidade. Ainda é necessário se construir espaços para essa geração madura que pode e continuará ativa. No contexto atual, os cidadãos necessitam modificar seu perfil de conduta referente aos idosos.

Na sétima tabela, preocupamos-nos em saber o grau de escolaridade dos entrevistados para assim percebermos qual a influência na compreensão de seus direitos de cidadãos, enquanto pessoas idosas.

Tabela 07: Escolaridade

Escolaridade	Nº.	Percentagem
Ensino Médio Incompleto	11	74
Superior Completo	2	13
Não alfabetizado	2	13
Total	15	100%

Fonte: Questionário

Em relação à escolaridade dos entrevistados, percebeu-se que a grande maioria apresentava Ensino Médio Incompleto (74%), 13% tinham Ensino Superior completo e 13% não eram alfabetizados. A educação tem como função social despertar nos homens a capacidade de intervenção no mundo, através de conhecimentos que possibilitem às pessoas deixar de ser objetos para se transformarem em sujeitos da sua história. Gadotti reforça isto quando coloca que:

A escola não distribui poder, mas constrói saber que é poder. Não mudamos a história sem conhecimentos, mas temos que educar o conhecimento para que possamos interferir no mercado como sujeitos, não como objeto. O papel da escola consiste em colocar o conhecimento nas mãos dos excluídos de forma crítica, porque, a pobreza política produz pobreza econômica (1997, p. 5).

O acesso à educação é um fator de crescimento, conhecimento, interação, de novas descobertas e vivências, elementos essenciais à preservação e manutenção de uma vida mais produtiva e saudável.

A Unesco, na década de 80, realizou estudos sobre as finalidades na educação de pessoas idosas e sintetizou da seguinte maneira:

Que a educação ou o aprender para o idoso tem outro sentido e objetivo. Procura-se a escola não mais para obtenção de diploma e sim para estabelecer canais de comunicação com a sociedade. A educação é um caminho de reintegração social, sendo que a perda de funções deixa o idoso com um mínimo de alternativa de atuação social. É importante ressaltar também que a volta à escola é baseada pelo interesse na qualidade formativa da educação (SCHONS, 2000, p.162).

Também a Constituição Federal de 1988 contribui com o mesmo assunto quando diz no seu art. 205, “A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho”.

Portanto, frente à pesquisa percebemos que a baixa escolaridade também afeta a população idosa ao acesso e garantia de seus direitos.

Na oitava questão, quando indagados em relação a propor mudanças no atendimento, estes expressaram:

Tabela 08: Gostaria de propor mudanças no atendimento?

Gostaria de propor mudanças	Nº.	Percentagem
Não	13	87
Sim	2	13
Total	15	100%

Fonte: Questionário

Quanto a propor mudanças no atendimento da Instituição em avaliação, a grande maioria dos entrevistados (87%) se diz satisfeita com o atendimento e 13% gostariam de propor mudanças na área de nutrição, com relação ao cardápio dos pacientes.

Estes dados demostram que a maioria dos participantes está satisfeita com o atendimento da equipe de Saúde na instituição em estudo.

Na nona questão, preocupou-se em saber a reincidência dos idosos em relação às internações e obtivemos as seguintes respostas:

Tabela 09: O/a senhor (a) já esteve hospitalizado(a) outras vezes aqui no HU?

Hospitalizado	Nº.	Percentagem (%)
Primeira vez	7	46
Segunda vez	4	27
Várias vezes	4	27
Total	15	100%

Fonte: Questionário

Em relação às internações, verificou-se que a grande maioria dos entrevistados estavam internados pela primeira vez (46%), 27% estavam sendo internados pela segunda vez e 27% tinham retornado por várias vezes.

Portanto, acreditamos que esse fator se deve às condições de saúde dos idosos, devido à longividade acabam adoecendo bastante, mas também outros fatores podem influenciar na saúde dos pacientes: a dificuldade de acesso à saúde e a falta dos cuidados familiares muitas vezes acabam interferindo no estado de saúde dos sujeitos.

Também a equipe de saúde precisa reforçar, ou seja, ter um olhar ampliado com relação aos encaminhamentos após alta dos usuários nas suas unidades básicas de saúde, nos municípios e Prefeitura. A instituição precisa criar mecanismos de acompanhamento

adequado para que, depois da internação, os usuários possam ter uma orientação geral com a equipe multidisciplinar e interdisciplinar para não retornarem às internações, porque essa organização auxilia na redução dos gastos institucionais e nos possíveis retornos hospitalares dos pacientes. Não vendo apenas em custos, mas sim uma melhoria das condições de saúde dos Idosos, conforme assegura o Estatuto do Idoso.

A décima questão abordou a avaliação dos entrevistados em relação ao atendimento prestado pelos profissionais que os atenderam no hospital em estudo:

Tabela 10: Como o Sr. (a) avalia o seu atendimento Hospitalar?

Avaliação do atendimento hospitalar	Nº	Porcentagem (%)
Bom	7	46
Muito Bom	5	33
Ótimo	3	20
Total	15	100%

Fonte: Questionário

Em relação ao atendimento prestado pelos profissionais que atendem os idosos, verificou-se que a grande maioria (46%) diz ser bom o atendimento, 33% avaliam como muito bom e 20% como ótimo. Isso demonstra a satisfação dos usuários com relação ao atendimento institucional. De acordo com Bartlett (apud Caprara, 2004), a satisfação do usuário tem sido incluída em estudos que avaliam a qualidade dos serviços de saúde, pois fornece informações àqueles que administram os serviços e à equipe que presta cuidados, possibilitando desenvolver estratégias que visam à superação de limitações detectadas. Acredita-se que uma boa relação entre médico e paciente influencia o estado de saúde dos usuários, já que a satisfação do atendimento aumenta a adesão ao tratamento e, consequentemente, o sucesso terapêutico.

Portanto, a satisfação do usuário é uma avaliação positiva das dimensões do cuidado de saúde e também uma percepção subjetiva que pode ser considerada como realidade. Outro aspecto que os usuários alegam com relação à satisfação no atendimento diz respeito ao cuidado recebido da equipe interdisciplinar, pois não se baseia apenas nos procedimentos técnicos, mas também em situações que expressam confiança ou empatia por parte dos profissionais, no momento em que estes promovem assistência.

Na tabela de número onze, instigou-se os entrevistados em relação ao conhecimento em relação ao Estatuto do idoso e tivemos os seguintes dados:

Tabela 11: O/a senhor (a) conhece o Estatuto do Idoso?

Conhecimento do Estatuto dos Idosos	Nº	Porcentagem
Não conheço	4	26
Conheço	2	14
Já ouvi falar	7	46
Nunca ouvi falar sobre	2	14
Total	15	100%

Fonte: Questionário

Quanto ao conhecimento dos idosos entrevistados em relação ao Estatuto dos Idosos, verificou-se que a grande maioria já ouviu falar (46%), 26% responderam que não conhecem nada, 14% colocaram que conhecem e 14% expressaram que nunca ouviram sequer falar sobre o Estatuto.

Esse desconhecimento dos idosos com relação aos seus direitos foi o que nos inquietou para realizarmos este trabalho, porque a maioria da população acima dos 65 anos de idade desconhece a aplicação do Estatuto do Idoso, mas todos eles conhecem a força discriminatória que cerca esta camada populacional. Apesar dos avanços na atenção a essa parcela da comunidade, relatos de desprezo social são cada dia mais comum.

Isso se evidencia no relato da Sra. D:

“Eles não respeitam mais os velhos, estes dias fui pegar ônibus para ir no banco, o moço estava sentado no lugar dos velhos e eu fiquei de pé, porque tinha outros velhos sentados nas outras cadeiras. Isso é falta de respeito”.

Do ponto de vista de Coruja (2003), o reconhecimento dos direitos dos cidadãos quando envelhecem é um fato recente. A urgência desses direitos é consequência de três fatores primordiais: as transformações sociais, a expansão demográfica e a consideração de que a saúde dos indivíduos é afetada no curso dos anos.

Também as políticas públicas brasileiras têm privilegiado a atenção diferenciada ao idoso, mas, infelizmente, muitas vezes a falta de informação e até mesmo o preconceito faz

com que muitas pessoas deixem de usufruir seus direitos adquiridos. Neste caso, a privação de esclarecimentos é um alimento para o preconceito contra a pessoa idosa.

Portanto, vale ressaltar que não basta apenas criar as leis, mas tem que ser cumpridas na íntegra e repassadas aos sujeitos que dela necessitam para melhorar a qualidade de vida da mesma camada populacional. Frente ao repasse de informações, entendemos que o Serviço Social possa articular e assegurar informações aos usuários em acordo com o Código de Ética profissional no seu art. 8º, pois são deveres do Assistente Social: “d) empenhar-se na viabilização dos direitos sociais dos usuários, através dos programas e políticas sociais” (BRASIL, 1993, p. 43). Por outro lado, o Estatuto do Idoso foi criado como garantia legal a direitos que toda pessoa idosa deva usufruir e que o Estado tem a obrigação de proteger.

De acordo com os dados apontados pelos entrevistados, percebeu-se que muitos participantes da pesquisa não tinham conhecimentos a respeito do Estatuto do Idoso e também não conhecem os seus direitos quanto à pessoa idosa. Dentro deste contexto, que o Estatuto do Idoso cita no seu art. 1º, “é destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Ainda no VII - estabelece mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos do envelhecimento” (BRASIL, 2006b, p. 7-8).

Fernandes (1997) também traz a sua contribuição dizendo que, seja qual for a ótica em que se discuta ou escreva acerca do envelhecimento e da velhice, é preciso entender que tem de ser respeitados os direitos intangíveis, quer dizer, aspectos inatacáveis e até intocáveis. Situações que dizem respeito a quatro pontos especiais: tratamento equitativo, direito à igualdade; direito à autonomia e direito à dignidade.

Outro fator também que leva ao desconhecimento dos idosos com relação aos seus direitos é o baixo nível de escolaridade. Durante a coleta de dados, a maioria dos idosos alegou que não entende sobre o assunto porque não tem conhecimentos por falta de acesso à leitura (baixa escolaridade).

A Constituição Federal de 1988 já afirma que “a educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovido e incentivado com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho” (BRASIL, 1988, p. 136). Partindo da lógica de garantia de acesso à educação aos idosos, também temos o Estatuto do Idoso, que veio reforçar o que a

Constituição assegura, em seu art. 20º, onde afirma que: “O idoso tem direito à educação, cultura, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade” (BRASIL, 2006b, p. 12). Portanto, entendemos que competem às três instâncias de governo viabilizar políticas públicas que garantam a efetivação dos direitos desta camada da população.

A tabela de número doze nos mostra onde os idosos buscam auxílio quando adoecem.

Tabela 12: Quando você adoecer, onde busca auxílio?

Onde busca auxílio	Nº.	Porcentagem (%)
No hospital	6	40
Unidade Básica de Saúde	6	40
No Hospital ou Unidade básica de Saúde, o que estiver mais próximo	3	20
TOTAL	15	100%

Fonte: Questionário

No que refere à 12ª tabela, constatamos que 40% dos participantes procuram auxílio no hospital quando adoecem, 40% recorrem às unidades básicas de saúde e 20% optam pelo o que estiver mais próximo de suas residências.

Portanto, as Unidades Básicas de Saúde precisam estar bem equipadas e os profissionais capacitados para atender às demandas, porque os sujeitos que procuraram este posto de serviço faziam-no, majoritariamente, em busca da consulta médica. Por outro lado, um grande número de pessoas não necessita somente da consulta médica, mas sim de cuidados específicos de toda a equipe na base do respeito e dignidade como cidadão de direito.

Na tabela de número treze, buscou-se avaliar na fala dos entrevistados se o Estatuto do Idoso vem sendo cumprido, ou seja, se estes estão tendo prioridade no atendimento à saúde:

Tabela 13: Quando o/a senhor (a) procura o serviço de saúde, tem atendimento prioritário?

Atendimento prioritário no serviço de Saúde.	Nº	Porcentagem (%)
Sim	8	53
Não	4	27
Demora um pouco.	3	20
Total	15	100%

Fonte: Questionário

Em relação à prioridade no atendimento à saúde, a grande maioria dos entrevistados relata ter prioridade (53%), 27% dizem não terem prioridade no atendimento e 20% ressaltam que o atendimento demora um pouco.

No que diz respeito à prioridade no atendimento para os idosos, observa-se que mesmo sendo recente o Estatuto dos Idosos, ainda é desconhecido pela maioria dos usuários e o seu cumprimento não se efetiva na íntegra. Ainda deparamos com muitas instituições que não priorizam esta camada populacional e seus direitos prescritos na Lei. Sobre este assunto, Agustini contribui dizendo:

É importante salientar que, embora o dispositivo não se refira especificamente à questão do idoso, a sua constitucionalização no Brasil, seguindo uma tendência internacional, retrata o reconhecimento de que o indivíduo deve constituir o objetivo principal da ordem jurídica. Este reconhecimento, certamente, não se dirige a determinados indivíduos, mas abrange todos os seres humanos, cada um individualmente considerado, independente de sua situação ou faixa etária (2003, p. 95).

Conforme prescrito no estatuto do Idoso no seu art. 3º, “I – atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população; c) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção do idoso; h) garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais” (BRASIL, 2006b, p. 8).

É claro que a lei nada determina a criação de um caixa exclusivo para idosos nos correios, nos supermercados, até colocam um aviso, menor, num local de difícil acesso, sem qualquer destaque, e segundo a Lei, é prioritário.

Acreditamos que a equipe interdisciplinar³ é um dos elementos importantes para que os direitos dos idosos e de todos os usuários de saúde possam se efetivar, pois a equipe interdisciplinar abrange todas as esferas populacionais na área da saúde.

Por isso, para melhor compreensão, buscamos fundamentação teórica junto a autores para nos auxiliar nesta temática. De acordo com Japiassu, discutir “a importância da equipe, e especialmente de uma equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade em área complexa como a saúde, significa, então, compreender como as questões condicionam e são condicionadas pela *práxis* cotidiana, tendo-se como pressuposto inicial que o espírito interdisciplinar, mais do que ser pensado e teorizado, deve ser vivenciado” (JAPIASSU, 1976, p. 89).

Por isso, o trabalho interdisciplinar permite uma visão mais global e integrada da realidade, do todo social que incide sobre o processo saúde-doença, favorecendo o entendimento de relações pessoais, sociais, subjetivas e emocionais, que permeiam o cotidiano do usuário e de seus familiares e a ação interdisciplinar vem como uma resposta à diversidade e especialização características da modernidade, tanto em relação aos conhecimentos como ao mundo profissional.

Para Vasconcelos (1996), a importância da ação interdisciplinar na atenção da qualidade na área da saúde não visa o retorno a uma idéia totalizadora do saber, sob a hegemonia de uma única disciplina, mas sim o de reintroduzir, no debate e nos encaminhamentos operativos, as situações atuais e de risco.

Dentro deste contexto, a prática do Serviço Social se centra em atender às expectativas e necessidades que a sociedade vem apresentando uma multiplicidade de formas de organização. Tal variedade de organização se manifesta em uma autonomia que só pode ser exercitada a partir da construção e exercício de uma competência teórica, ética, política, e técnica, frutos do debate reflexivo realizado no trabalho interdisciplinar.

Para Silva (apud Souza, 1995), o trabalho interdisciplinar corresponde a uma nova consciência da realidade, a um novo modo de pensar, que resulta num ato de troca, de reciprocidade e integração entre áreas diferentes de conhecimento, visando tanto à produção de novos conhecimentos, como a resolução de problemas, de modo global e abrangente.

³ A interdisciplinaridade surgiu nos anos 70 como resposta às necessidades de uma abordagem mais integradora da realidade. Ainda que muitas vezes esteja associada ao modismo ou à realização de projetos apenas aparentemente ou pseudo-interdisciplinares na área da educação, ela nasce da hipótese de que, por seu intermédio, é possível superar os problemas decorrentes da excessiva especialização, contribuindo para vincular o conhecimento à prática (DENCKER, 2002, p. 19).

Esse fato demonstra que a participação do Assistente Social na equipe interdisciplinar de Saúde ilustra uma contribuição educativa e política, decorrente do seu papel de agente esclarecedor de informações, intensificando, assim, o diálogo a respeito da realidade de cada usuário, que perpassa desde o seu relacionamento familiar e o contexto social no qual está inserido.

Nesse viés, partimos do pressuposto de que a “Interdisciplinaridade como postura e como perspectiva da articulação do conhecimento é uma necessidade cada vez mais incontestável no mundo de trabalho” (RODRIGUES, 1999, p. 42) e por isso é inevitável pensar a ação do Serviço Social na saúde de forma a contribuir neste processo de atendimento ao idoso.

Essa profissão demonstra-se alicerçada para enfrentamento desta tendência, uma vez que o caráter do mesmo se faz presente em diversas áreas, inclusive no processo de formação profissional e no desenvolvimento das ações do Serviço Social. Rodrigues reforça que:

Entendendo que a interdisciplinaridade como postura profissional e princípio constituinte da diferença e da criação compreender-se a que o Serviço Social – uma vez que articula diferentes conhecimentos de modo próprio, em um movimento crítico entre prática - teoria e teoria - prática – é uma profissão interdisciplinar por excelência. Assim, para Serviço Social a interação com outras áreas é particularmente primordial. Seria fatal manter-se isolado ou fazer-se cativo. A interdisciplinaridade enriquece-o flexionando, no sentido de romper com a univocidade do discurso, de teoria, para abrir-se à interlocução diferenciada com outros. Isso implica romper com dogmatismos muitas vezes cultivados no interior da profissão (1995, p. 157).

Portanto, essa prática é também incentivada no Código de Ética profissional do Serviço Social, no capítulo III, art. 10º, alínea d, no qual a participação em equipe interdisciplinar é apresentada como um dever profissional a ser cumprido sempre que se apresentarem possibilidades. Vale salientar que este dever está relacionado com um dos princípios fundamentais deste Código de Ética, no que diz respeito ao compromisso com a qualidade de serviço prestado à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional.

Frente aos dados trazidos nesta pesquisa, na sequência tecemos as considerações finais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer do presente Trabalho de Conclusão de Curso, buscou-se a tarefa de compreender a trajetória histórica do Hospital Universitário - HU, vislumbrando as políticas sociais desenvolvidas pela Instituição, em especial no campo do envelhecimento, foco de estudo neste trabalho, onde se pretendeu apresentar o redimensionamento do Trabalho Social com Idosos do HU/UFSC/Florianópolis, respectivamente nas Clínicas Médicas II e III, dando ênfase ao trabalho desenvolvido pelo Serviço Social desta respectiva Unidade.

Podemos observar no decorrer do trabalho, frente às observações e estudos trazidos, a preocupação do HU, sendo esta uma Instituição Pública e autônoma, porém com objetivos de desenvolver políticas sociais que venham ao encontro da garantia de direitos sociais, como a melhoria da qualidade de vida de seus usuários, em especial os idosos.

Vale lembrar também que esta Instituição atende os princípios do SUS, como frisa no Plano 2012 - Planejamento Estratégico do Hospital Universitário, resultante do planejamento estratégico que vem sendo implantado desde 2005: “Visa estabelecer uma política de valorização do bem maior da instituição, que são as pessoas que a compõem, consubstanciada nos princípios do SUS, buscando uma gestão de qualidade, com a valorização do trabalho como um instrumento importante para a atenção à saúde e a criação de vínculos dos trabalhadores com a população e com a própria instituição” (PLANO 2012).

Esta estratégia, quando em execução, será promotora do ensino, pesquisa e extensão compromissados com a gratuidade da assistência com qualidade e de caráter público sustentado pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Portanto, para a construção de uma Política de Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas um “programa” a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS.

De acordo com a Humaniza SUS, 2004, levar em conta as necessidades sociais, os desejos e os interesses dos diferentes profissionais envolvidos no campo da saúde constitui a política em ações materiais e concretas, onde tais ações políticas terão a capacidade de transformar e garantir direitos, constituir novos sentidos, colocando-se, assim, a importância e o desafio de se estar, constantemente, construindo e ampliando os espaços da troca, para que possamos caminhar na direção da efetivação de direito aos usuários.

Neste âmbito, a importância dos hospitais-escola ⁴de ensino está ligada às atividades de aprendizado, pesquisa, extensão e assistência. Nos hospitais universitários de ensino é realizada grande parte das pesquisas clínicas do país, além de serem campos de atuação para os principais programas de pós-graduação nessa área de atuação. Através da contribuição de Czarina, pode-se entender que :

Neste viés de promoção da saúde para os usuários, em especial os idosos, traduz-se em expressões próprias à realidade atual, tais como, políticas públicas saudáveis, colaboração intersetorial, desenvolvimento sustentável. Além disso, resgata-se a perspectiva de relacionar saúde e condições de vida, e destaca-se o quanto variados elementos – físicos, psicológicos e sociais - estão vinculados à conquista de uma vida saudável, enfatizando-se a importância tanto do desenvolvimento da participação coletiva quanto de habilidades individuais (2003, p. 09).

Com isso, os idosos têm uma possibilidade de maior troca de suas experiências podendo assim transmitir seus conhecimentos e vivências aos diversos segmentos populacionais. Percebe-se também que a contribuição dos idosos na sociedade depende inteiramente das condições de saúde dos mesmos, que, por sua vez, depende das políticas sociais adequadas de atendimento adotadas no país.

Tendo estas políticas publicadas, voltadas à esta camada populacional, os idosos poderão participar ativamente no processo de desenvolvimento da sociedade, a qual é construída por todas as idades. Assim sendo, os idosos precisam receber tratamento digno como manda a Carta Magna de 1988, independente da existência da incapacidade ou de outras questões que prejudiquem o exercício de seu direito como cidadão.

Diante do exposto neste trabalho, não podemos deixar de enfatizar a preocupação do HU/UFSC em garantir e assegurar direitos aos idosos; todavia, não podemos deixar de mencionar e/ou de substituir o papel do Estado em implantar e efetivar políticas públicas de direito, pois acreditamos de que não basta apenas sancionar Leis é preciso criar mecanismos de efetivação destas.

Com base nestas considerações, concluímos que a atenção voltada aos idosos vem sendo ampliada, que as políticas públicas passam por momentos de adaptações para atender às demandas destes segmentos da população.

⁴ Hospital Escola: São instituições credenciadas pelos ministérios de Saúde e Educação para o atendimento à Saúde, que participam da formação de estudantes de graduação e pós-graduação sob a orientação de um profissional da área. (Cartilha entendendo o SUS).

Entretanto, acreditamos que ainda há muito que fazer para que os idosos e os seus familiares tenham os seus direitos à saúde respeitada, não somente direito à saúde, mas sim um conhecimento aprofundado com relação aos seus direitos em geral, a fim de saberem onde acessar os mesmos, pois com os profissionais capacitados e o fortalecimento das políticas de proteção social, as informações serão repassadas para quem de direito.

No que se refere a este Trabalho de Conclusão de Curso, acredita-se que este trará importantes contribuições para a instituição HU/UFSC, pois possibilitará identificar as razões que justificaram este redimensionamento do Trabalho com os Idosos na área de saúde, bem como permitirá aos acadêmicos do curso de Serviço Social conhecer o trabalho do Serviço Social junto aos idosos nas Clínicas médicas II e III, as transformações que aconteceram no trabalho com grupos de idosos e a participação da Assistente Social da respectiva instituição frente a este processo de mudança, demonstrando que o profissional de Serviço Social também está qualificado e possui competência ética e política para atuar na formulação e gestão de políticas sociais, não se restringindo apenas à esfera da execução.

Durante a pesquisa, percebemos na fala dos participantes vários elementos que poderão contribuir para a efetivação destes direitos: um deles é a importância do trabalho interdisciplinar no esclarecimento e concretização do mesmo, pois o trabalho em equipe é de extrema importância para os usuários pesquisados enquanto apoio ao tratamento.

Percebemos também a dificuldade dos usuários se perceberem enquanto cidadãos de direito pelo processo de doença. Outro fator que merece ser destacado é a baixa escolaridade dos pesquisados, gerando desta forma pouco conhecimento de seus direitos. Com isso, Agustini (2003) traz a sua contribuição no campo da escolaridade dos idosos, dizendo:

Embora a taxa de analfabetismos brasileira esteja em franco declínio, a situação escolar dos idosos ainda é preocupante. No PNAD de 1993, 39,7% dos homens e 47, 1% das mulheres se declaram a baixa nível de escolaridade. Embora este índice esteja diminuindo a cada censo, uma parcela significativa dos idosos brasileiros enfrenta “dificuldades agravadas pela falta de escolaridade na tentativa de buscar condições de existência e de sobrevivência e principalmente na busca dos seus direitos (p. 51).

Nesse âmbito, sugerimos atenção especial nas redes de apoio e/ou contatos junto aos municípios e familiares quanto estes retornam de alta, buscando diminuir as internações. Portanto, acreditamos que os programas governamentais devem dirigir seus esforços para facilitar a permanência do idoso próximo de sua família com direito à saúde. Com isso, terão

os seus direitos à saúde garantidos e o Estado também terá redução dos gastos durante o processo de internação.

Fica evidenciado neste trabalho que a instituição em estudo, juntamente com a profissional de Serviço Social, tem seus objetivos e ações pautadas em torno do arcabouço legal que norteiam a política de atenção ao idoso, dentre os quais podemos mencionar a Constituição Federal de 1988, SUS e o Estatuto do Idoso. Em contrapartida, verifica-se a dificuldade de efetivação de tais Leis. Nesta linha de pensamento, concordamos com as autoras Rodrigues e Magalhães quando afirmam que:

Vivemos num país onde o respeito pelo idoso não é uma prática comum da sociedade. A perda do vigor físico, próprio da idade e da produtividade, não pode ser assimilada como perda de direitos e cidadania. Apesar de o Brasil já possuir um Estatuto do Idoso sancionado pela Lei nº 10.741, de 2003, este ainda não é cumprido na íntegra por muitos segmentos da sociedade brasileira (2008, p. 164).

Portanto, percebemos um despreparo do Estado e da sociedade para lidar com o envelhecimento, sendo que os estudos realizados e discutidos neste trabalho demonstram o aumento da expectativa de vida da população brasileira, o que exige de nossos governantes e sociedade um novo olhar frente ao idoso. “Envelhecer com dignidade é uma meta que deve ser atingida tanto pelas sociedades quanto pelos próprios idosos. É necessário ainda despertar na criança e no adolescente a valorização da pessoa idosa, de sua história de vida e das suas necessidades psicossociais, para a construção de uma mentalidade solidária” (RODRIGUES; MAGALHÃES, 2008, p. 164).

Por fim resgata-se a relevância do trabalho do Assistente Social na área de saúde junto à equipe interdisciplinar, pois, para Vasconcelos (1996), ação interdisciplinar vem como uma resposta à diversidade e especialização características da modernidade, tanto em relação aos conhecimentos como ao mundo profissional.

REFERENCIAS

- AAKER, D. A.; KUMAR, V.; DAY, G. S. **Pesquisa de Marketing**. São Paulo: Atlas, 2001.
- AGUSTINI, Fernando Curuja. **Introdução ao direito do idoso**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2003.
- AZEVEDO, O. **Processo íntimo do envelhecimento não é conhecido, sendo a única certeza o rápido envelhecimento da população depois dos anos 80**. [s.l.: s.n.], 2004.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1997.
- BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva. Envelhecimento Populacional: uma conquista para ser celebrada. **Serviço Social e Sociedade**, n.75, p.19-34, 2000.
- BERTTINELLI, L. A.; PORTELLA, M. R. Humanização da Belice: reflexões acerca do envelhecimento e do sentido da vida In: PESSINI L.; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.
- BOGUS, C. M.; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde & Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 44-57, set./ dez. 2004.
- BORN, T.; BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizados. In: FREITAS V. F; Néri, A.L.; et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988** — Título VIII ("Da Ordem Social"), Capítulo II ("Da Seguridade Social"), Seção II ("Da Saúde"). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 06 mar. 2009.
- _____. Lei 8.842/94, de 4 de janeiro de 1994. **Legislação Brasileira para Serviço Social: coletânea de leis, decretos e regulamentos para instrumentação da assistente social**. Conselho Regional de Serviço Social do Estado de São Paulo, 9. Região (Org.). 2. ed. São Paulo: O Conselho, 2006.
- _____. Lei 8662/1993 de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de assistente social e dá outras providências
- _____. Lei 10.741/2003, de 01 de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. **Legislação Brasileira para o Serviço Social: coletânea de Leis, decretos e regulamentos para instrumentação da assistente social**. Conselho Regional de Serviço Social do Estado de São Paulo, 9. Região (Org.). 2. ed. São Paulo: O Conselho, 2006b.
- _____. Lei Federal 8.080/1990, de 19 de setembro de 1990. In: **SUS e Legal: Legislação Federal e Estadual**. [s.n.]: Rio grande do Sul, 2000.

_____. Lei 8.662/1993 - Código de ética do Assistente Social. 1993.

_____. LEI Nº. 10.406, DE 10 DE JANEIRO DE 2002 - DOU DE 11/01/2002 - **Código Civil**. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/11/2002/10406.htm>>. Acesso 27 maio 2009.

_____. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994 e Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996.

_____. Lei n.10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispoe sobre o Estatuto do Idoso. D,O,U de 3 de outubro de 2003 .Bras previdencias.

_____. Ministério da Saúde. Governo Federal. **Cartilha entendendo o SUS**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 18 mar. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da pessoa idosa. **Portaria n. 2.528**, Brasília (DF), 19 out. 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 280, de 7 de abril de 1999. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 8 abr. 1999. (66-E) Seção 1:14

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. [s.n]: Brasília, 2006a.

_____. Ministério de Saúde. **Lei Orgânica da Saúde**, Brasília (DF), 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____.Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Assistência Social. **Política de Assistência Social**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.renipac.org.br/pnas_2004.pdf>.Aceso em: 08 jun. 2009.

_____. Portaria MS 1.395, de 9 de dezembro de 1999. **Política Nacional de Saúde do Idoso**. Aprova a Política de Saúde do Idoso, Brasília (DF), 1999.

BRAVO, Maria Inez Souza. **As Políticas brasileiras de Seguridade Social**. Brasília: [s.n], 2000.

BURLIM, L. R.; CIA, J. N. S. **Transformando Estratégia em Resultado: um estudo sobre a eficácia do Modelo Balanced Scorecard - BSC**. 2006. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

CANCELLA, Adrina; et al. **Matriz Teórico-Metodologia do Serviço Social na Previdência Social**. Brasília: Ministério da Previdência Social – Instituto Nacional de Seguro Social, 1994.

CÓDIGO de Ética Profissional do Assistente Social . Resolução CFSS n.273, de 13 de março de 1993.

COUTO, Berenice. **O direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação possível?**. São Paulo: Cortez, 2004.

CRESS. A atuação Serviço Social no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. **Caderno de Texto**, São Paulo, n. 07, 2005.

CZARINA, D.; FREITAS, C. M. de (Orgs.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. Formação. In: _____. **Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência**. [s.l.: s.n.], 2001.

FAZENDA, I. C. A. **Fazenda, Interdisciplinaridade, um projeto de parceria**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 1995.

FERNANDES, Flavio da Silva. **As Pessoas Idosas na Legislação Brasileira: direito e gerontologia**. São Paulo: LTR, 1997.

FLICK, U. **Uma introdução á pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FREITAS, Elizabete Viana; et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006.

GADOTTI, Moacir. Lições de Freire. **Revista da Faculdade de Educação**. São Paulo, v. 23, n. 1-2, jan./dez. 1997.

GIANNINI, Massimo Severo, **Praticas Interdisciplinar**. [s.l.: s.n.], 1996.

GOMES, A. L. O Benefício de Prestação Continuada: uma trajetória de retrocessos e limites. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 68, nov. 2001.

GORDINHO, A.; et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso**. Rio de Janeiro: UnATI, 2000.

HADDAD, E. G. M. **O direito à velhice: os aposentados e a previdência social**. São Paulo: Cortez, 1993.

HEREDIA, Olga Colinet. **Características da terceira idade na América Latina e no Brasil**, Porto Alegre, v. 2, p. 07-21, 1999.

HOSPITAL Universitário Ernani Polydoro São Thiago. **Plano de Atuação do Serviço Social do Hospital Universitário**, 2008.

HOSPITAL Universitário Ernani Polydoro São Thiago. **Plano 2012: Planejamento Estratégico do Hospital Universitário**, 2006.

HOSPITAL Universitário/UFSC - SES/SC. **Contrato de Metas, Plano Operativo Anual**. Florianópolis, 2005.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
LÜCK, H. **Pedagogia interdisciplinar: fundamentos teórico-metodológicos**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MARTINS, Valdete de Barros; PAIVA, Beatriz Augusto. A Implementação da Lei Orgânica da Assistência Social: uma nova agenda para a cidadania no governo Lula. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 73, p.46-74, mar. 2003.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MORAGAS, R.M. **Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida**. São Paulo: Paulinas, 1997.

MORAIS, Ana Cláudia; et al. **Atuação do Serviço Social no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina: coleção caderno de texto – n. 07**. 2. ed. atual. Florianópolis: Emyo, CRESS, 2007.

MORIN, Edgar. **Os Sete Saberes Necessários: A Educação do futuro**. São Paulo: Cortes, 2000.

MOTA, A. E. **Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. São Paulo: Cortez, 1995.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo de saúde. In: MOTA, A. E.; et al. (Orgs.) . **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. Florianópolis: OPAS/OMS/MS, Cortez, 2006.

OLIVA, M. H. B. O estagio na formação profissional. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 29, 1989.

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde: Programa de Organização e Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde. Divisão de desenvolvimento dos Sistemas e Serviços de Saúde **O perfil do Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Brasília: [s.n.], 2001.

PEREIRA, Potyara A. P. **Necessidades Humanas: subsídios á crítica dos mínimos Sociais**. São Paulo: Cortez, 2000.

PIOVESAN, F. **Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional**. 2. ed. São Paulo: Max Limonad, 1999.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van. A exploração. In: _____. **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. Lisboa: Gradiva, 1998.

RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. A velhice na Constituição. **Sequência**. Florianópolis, n. 38. jul. 2001.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo : Atlas, 1989.

Resolução CNAS n.145, de 15 de outubro de 2004. Aprova a Política de Assistência Social (PNAS).

RODRIGUES, Ana Valéria; MAGALHÃES, Neide Cordeiro. **Resiliência: um enfoque para a promoção de saúde em idosos. Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 93, p. 146-169, mar. 2008.

RODRIGUES, M. L. Serviço Social e a perspectiva interdisciplinar. In: _____. **O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber**. São Paulo: Cortez, 1999.

SALGADO, M. Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL, 1., 2007. **Anais...** Brasília, 2007.

SCHONS, Carme Regina; PALMA, Lucia Terezinha Saccomori. **Conversando com Nara Costa Rodrigues sobre gerontologia social**. 2. ed. Passo Fundo: UPF, 2000.

SILVA, D. F; SOUZA, N. G. S. de. **Interdisciplinaridade na sala de aula: uma experiência pedagógica nas 3ª e 4ª séries do primeiro grau**. Porto Alegre: UFRGS, 1995.

SILVA, Y. A enfermagem nos serviços e programas públicos de atenção ao idoso. **Texto Contexto Enf**, v. 6, n. 2, p. 127-136, 1977.

TRENTINI, M.; PAIM, L **Pesquisa Convergente assistencial: um desafio que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. Florianópolis: Insular, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário. Pagina Inicial . Histórico. Disponível em < <http://WWW.hu.ufsc.br>>.

UNIVERSIDADE Federal de Santa Catarina. Hospital Universitário, Serviço Social. **Planejamento Serviço Social HU 2007 – 2008**. Florianópolis, 2007.

VASCONCELOS, E. M. Serviço Social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 54, 1996.

_____. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa**. Petrópolis: Vozes, 2003.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2002.

VICTORA, C. G. **Pesquisa qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WARD, Elizabeth; Blumberg, Jeffrey. **O processo de envelhecimento**. Disponível em: <<http://saude.hsw.uol.com.br/causas-do-envelhecimento.htm>>. Acesso em: 06 jun. 2009.

YASBEK, M.C. As ambigüidades da assistência social brasileira após dez anos de LOAS. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 77, 1996.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ABESS/CEDEPSS. Proposta básica para o projeto de formação profissional. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 50, 1996.

ACOLHIMENTO nas práticas de produções de saúde. 2. ed. reimp. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: [s.n.], 2008.

ALVAREZ, A. M.; et al. Grupo de Ajuda Mútua de Familiares de Idosos Portadores Doença de Alzheimer e Doenças Similares do HU/UFSC. **Revista de Ciências da Saúde**. Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 54-66, jul./dez. 2002.

ALVES, Cristina Antunes. **O projeto ético-político na produção de conhecimento do Serviço Social: uma análise no Hospital Universitário – HU**, 2008. 71 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

ALVES, F. L.; MIOTO, R. C. T.; GERBER, L. M. L. A Política Nacional de Humanização e Serviço Social: elementos pra debate. **Serviço Social & Saúde**, São Paulo, v. 6, n. 6, 2007.

AMÂNCIO, A.; CAVALCANTI, P.C.U. **Clínica geriátrica**. São Paulo: Atheneu, 1975.

ARGIMON, Irani Iracema de Lima. **Desenvolvimento Cognitivo na Terceira Idade**, 2002. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

ASSUMPÇÃO, L. O. T.; MORAIS, P. P. FONTOURA, H. Relação entre atividade física, saúde e qualidade de vida. Notas Introdutórias. **Leituras: EF y Deportes**. Buenos Aires, [s.d.].

ALMEIDA, M. I. R. **Manual de Planejamento Estratégico: desenvolvimento de um plano estratégico com a utilização de planilhas Excel**. São Paulo: Atlas, 2001. BARBIERI, A.R.;

BAPTISTA, Myrian V. **Planejamento Social: intencionalidade e instrumentalização**. São Paulo: Lisboa, 2003.

BARROCO, M. L. S. **Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos**. São Paulo: Cortez 2003.

BASTOS JR., Mário José; KAWASE, Patrícia Rocha (Orgs.). **Plano Municipal de Saúde 2007 – 2010**. Florianópolis: [s.n.], 2007.

BEAVOIR, Simone de. **A Velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BORN, N.; BOECHAT, S. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006.

BRAGA, P. M. V. **Direitos do Idoso**: de acordo com o Estatuto do Idoso. São Paulo: Quartier Latin, 2005.

_____. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizados. In: FREITAS V.F., NÉRI, A. L. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006.

BRBALET, J. M. **A cidadania**. Lisboa: Estampa, 1989.

BRUNO, Marta Regina Pastor. Cidadania não tem Idade. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 75, p. 74-83, 2007.

BOBBIO, Norberto. **Estado, governo e sociedade**: para uma teoria geral da política. 2. ed. Rio de Janeiro: Terra, 1987.

BUSS, P. M. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZARINA, D.; FREITAS, C. M. de (Org). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

_____. **Saúde, Sociedade e qualidade de vida**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidade e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 13, p. 773-781, maio/ jun. 2003.

CAPELLA, B. B. **Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” o trabalho da enfermagem**. Florianópolis: Editora da Universitária UFPEL, 1998.

CFSS. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais , 1993. In: CRESS/SP- CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DE SÃO PAULO. **Legislação brasileira para o Serviço Social**: coletânea de leis, decretos e regulamentos para a instrumentalização do (o) assistente social. 2. ed. São Paulo: CRESS/SP, 2006

CHAIMOWICZ, F. A Saúde dos Idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, Projeções e alternativas. **Revista Saúde Pública**, v. 2, n. 31, p. 184-200, abr. 1997.

CLASSE Hospitalar: atendimento pedagógico-educacional para crianças e jovens hospitalizados. Apresenta dados, informações e bibliografia sobre o atendimento de crianças e jovens hospitalizados, 1997-2001. Disponível em: <<http://geodesia.ptr.usp.br/classe>>. Acesso em: 04 jun. 2009.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e serviço a inserção dos (as) assistentes sociais. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 62, 2000.

DENCKER, A. F. M. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde–SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, A. E; et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: OPAS/OMS/MS, Cortez, 2007.

_____. Pesquisa e interdisciplinaridade no Ensino Superior: uma experiência no BENRDETII. In: BERTOLDO, Tânia R. **Perfil do idoso do município de Florianópolis, SC**: relatório final da pesquisa. Florianópolis: UFSC, 2004.

_____. **Pesquisa e interdisciplinaridade no Ensino Superior:** uma experiência no curso de turismo. São Paulo: Aleph, 2002.

DELUIZ, N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. **Boletim Técnico do SENAC**, Rio de Janeiro: v. 27, n. 3, p. 12-25, set./dez. 2000.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; DIOGO, Maria Jose D'Elboux. **Atendimento domiciliar:** um enfoque gerontológico. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

FAZENDA, I. C. A. **Interdisciplinaridade:** um projeto em parceria. São Paulo: Loyola, 1993.

_____. **Interdisciplinaridades:** história, teoria e pesquisa. Campinas: Papirus, 1994.

FERREIRA, M. L. Construindo uma atitude investigativa. In: IX ENPSS. **Anais...** Porto Alegre: ABEPSS, 2004.

FERREIRA, N. S. C. (Org.). **Gestão democrática da educação:** atuais tendências, novos desafios. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

FRANÇA, Rubens Limongi. **Instituições de Direito Civil.** 5. ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

GIANNOTTI, A. **Efeitos Psicológicos das cardiopatias congênitas:** Psicologia em Instituições Médicas. São Paulo: Lemos, 1996.

GOMES, A. L. O Benefício da prestação continuada: uma trajetória de retrocessos e limites – construindo possibilidades de avanços?. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL: MÍNIMOS DE CIDADANIA E BENEFÍCIOS A IDOSOS E PESSOAS DEFICIENTES, 2002. – Brasil, França e Portugal. **Anais...** São Paulo: FAPESP, 2002.

GORDINHO, A., et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso.** Bahia Análise & Dados mar. 2001.

HAREVEM, Tâmara K. Novas imagens do envelhecimento e a construção social do curso de vida. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 13, p. 12-35, 1999.

IAMAMATO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

MAGAJEWSKI, Flávio R. Liberatti. **Seletividade Estrutural e a Construção do Sistema Único em Santa Catarina no período de 1987-1990.** 1994. Dissertação (Mestrado). Florianópolis, 1994.

MAGALHÃES, Dirceu Nogueira. **A invenção social da velhice.** Rio de Janeiro: Papagaio, 1989.

MARTINEZ, W. N. **Direitos dos idosos.** São Paulo: LTR, 1997.

MARTINS, J.J.; et al. Políticas públicas de atenção á saúde do idoso : reflexão acerca da capacitação dos profissionais para o cuidado com idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.10. n. 3, 2007.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. E.; MATTOS R. A. (Orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ABRASCO, 2001.

MELLO, G. N. Políticas públicas de educação. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 5, n. 12, p. 07-47, 1991.

MELLO, Kettyn Sonia de. **Conhecimento da população a Respeito do Sistema Único de Saúde**: um estudo realizado junto ao Hospital Universitário de Santa Catarina. Trabalho de conclusão de curso, 1994.

MINAYO, C. S. Sobre a complexidade da implementação do SUS. In: _____. **Municipalização da saúde e poder Local**: sujeito, atores e política. São Paulo: Hucitec, 2001.

_____. A vida e a saúde do idoso na sociedade global e pós industrial. **Arquivo de geriatria e gerontologia**, v. 4, n. 2, p.169-181, 1997.

MIOTO, R.C. T. Trabalho com redes como procedimento de intervenção profissional: o desafio da requalificação dos serviços. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 5, n. 1 jan./jun. 2002.

MORAES, A.; MONT'ALVÃO, C. **Ergonomia**: conceitos e aplicações. 2. ed. ampl. Rio de Janeiro: 2AB, 2000.

MORAES, Ana Claudia (org.). **Atuação do Serviço Social no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC**. 2. ed. Florianópolis: EMYO, CRESS, 2007.

NASCIMENTO, Ana Maria Carvalho. **O Cuidado na Percepção de Profissionais e idosos residentes em uma instituição de longa Permanência**. [s.l.: s.n.], 2007.

NÉRI, A. L. As políticas de atendimento aos direitos da pessoa idosa expressa no Estatuto do Idoso. **A Terceira Idade**, v.16, n. 34, p.7-24, 2005.

NERI, A . L. **Cuidar do idoso no contexto da família, questões psicológicas e sociais**. 2. ed. Campinas: Alínea, 2006.

NÉRI, A. L. (Org.). **Psicologia do envelhecimento**. [s.l.]: Ed. Papirus, 1995.

NÉRI, A. L.; FREIRI, A. S. **E por falar em boa velhice**. São Paulo: Papirus, 2000.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. O desafio de construir e efetivar direitos no mundo globalizado. **Serviço Social & Sociedade**, ano 26, n. 82, jul. 2005.

- NOGUEIRA, V. M. R. **O Serviço Social na área de saúde**. Florianópolis: Ed. UFSC, 2005.
- OLIVEIRA, C. A. H. S. O estágio supervisionado na formação profissional do assistente social: desvendando significados. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 80, 2004.
- OLIVEIRA, M. E; et al. **Cuidado humanizado, possibilidades e desafios para a prática da enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2003.
- PAVIANI, J. **Interdisciplinaridade: conceito e distinções**. Porto Alegre: Pyr, 2005.
- POLÍTICA Nacional de Promoção da Saúde. 2006. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br>>. Acesso em: 18 mar. 2009.
- PROSSIONAL do Assistente Social e Lei nº. 8662/93 que regulamenta a profissão de Serviço Social**. Brasília: 1993.
- SEVERINO, Antonio Joaquim; et. al. **Serviço Social e Interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão**. São Paulo: Cortez, 1989.
- SILVA Maria Luícia Lopes da. **Previdência Social um Direito Conquistado: resgate histórico, quadro atual e propostas de mudanças**. 2. ed. Brasília: [s.n.], 1999.
- TAVARES, D. E. Aspectos da história deste livro. In: FAZENDA, I. **Práticas interdisciplinares na escola**. São Paulo: Cortez, 1999.
- TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1995.
- VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In: MOTA, A. E; BRAVO, M. I. S.; UCHÔA, R.; et al., (Orgs.). **Serviço Social e Saúde. Formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, ABEPSS, Cortez, 2006.
- VERAS, R. P. **País Jovem de Cabelos Brancos: A Saúde do Idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará-UERJ, 1994.
- _____. **Terceira idade: gestão contemporânea em saúde**. Rio de Janeiro: UNATI/Relume Dumará, 2002.
- VILELA, E. M; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 525-531, jul./ago. 2003.
- WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos**. Petrópolis: Vozes, 2004.

SITES CONSULTADOS

[http:// www.cespe.unb.br](http://www.cespe.unb.br). Acesso em: 9 maio 2009.

<http://www.hu.ufsc.br> Acesso em: 9 maio 2009.

[http:// www.mpdft.gov.br](http://www.mpdft.gov.br). Acesso em: 05 ago. 2008.

[http:// www.sbpnet.org.br](http://www.sbpnet.org.br). Acesso em: 31 maio 2009.

[http:// www.senado.gov.br](http://www.senado.gov.br). Acesso em: 18 mar. 2009.

<http://www.hu.ufsc.br>. Acesso em: 08 jun. 2009.

<http://www.planalto.gov.br>. Acesso: 21 maio 2009.

<http://www.valdecicontabilidade.cnt.br>. Acesso em: 09 maio 2009.

ANEXOS

ANEXO 1 GUIA DE QUESTIONÁRIO

1. O perfil do entrevistado:

Idade..... Sexo: () M () F

Estado Civil () Solteiro () Casado () Amasiado () Separado () Viúvo ()

Número de filhos:..... Religião.....

2.Profissão:..... Aposentado () pensionista ()

3.Escolaridade:

Não alfabetizado () Fundamental incompleto () Fundamental completo ()

Médio incompleto () Médio completo () Superior incompleto () Superior completo ()

4.Gostaria de propor mudanças no atendimento?

Sim () Não justifica ()

5.O senhor (a) já esteve hospitalizado outras vezes aqui no HU?

Sim () Número de vezes () Não ()

6. Como o Sr. (a) avalia o seu atendimento Hospitalar ?

Péssimo () Ruim () Bom () Muito bom () Ótimo ()

7. O Sr.(a) tem conhecimento dos seus direitos enquanto pessoa idosa?

8. Quando o senhor procura o serviço de saúde tem atendimento prioritário?

9. O senhor (a) recebeu informações sobre os seus direitos a saúde durante a sua internação?

Sim () não () Cite pelo menos um deles.

10. O senhor (a) conhece o Estatuto do Idoso? Se sim cite algum direito.


11. Quando você adoece onde busca auxílio?



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI SÃO THIAGO**

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: Saúde e Direito do Idoso, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 10/05/09


Prof. Felipe Fetiche
Vice-Diretor - HU/UFSC

**ASSINATURA
CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos

CERTIFICADO

Nº 151

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

APROVADO

PROCESSO: 145/09

FR- 259278

TÍTULO: Saúde e direito do idoso.

AUTOR: Nadir da Silva Alexandre e Miriama Luís Pinto.

DPTO.: CSE/UFSC

FLORIANÓPOLIS, 29 de junho de 2009.


Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza